

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0867		Société : 168796	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Burelle ep. Shermi Frévorie			
Date de naissance : 13/08/1941			
Adresse : Résidence Yasmine 4, Bd Ghézali Casablanca			
Tél. : 0662 550695		Total des frais engagés : DH 1364,43 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :	Complément		
Date de consultation :	10.07.2023		
Nom et prénom du malade :	Burelle ep. Shermi Frévorie		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : IBOUZACHA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Agadir**
Signature de l'adhérent(e) : **Agadir**

Le : **18/07/23**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

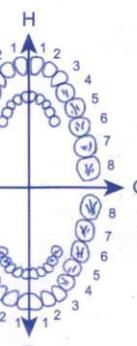
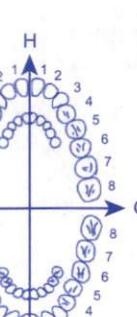
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MME SLAOUI FRANCOISE
RÉSIDENCE YASMINE
45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2^ÉME ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 17/07/2023

AVIS DE RÉGLEMENT

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Page 1 Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb.	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 10/07/2023 10/07/2023 11/07/2023 11/07/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20230717I01155 -E	98,65 27,98 NUMERO DE DEMANDE : 230633683	25,00		1	98,65 25,00	65 70	64,12 17,50 81,62

Montant total payé en Euros

81,62

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré

N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84

Règlement

Référence : 20230717I01155

Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE

Mode : Virement SEPA

Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservez à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

sur vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

JO DE SÉCURITÉ SOCIALE (

en capitales) :

m : **BURETTE-SLAOUI**
: **Françoise**
Mariée

Date de naissance :

13/08/61

(en capitales) :

ce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui
 Oui
 Oui

⇒ Si oui, laquelle ?

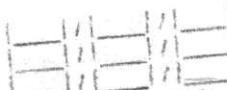
il retraité ?

Il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Non
 Non
 Non

Date de naissance :

Accident causé par un tiers, indiquez la date :



Accident de travail, indiquez la date :

Maternité, indiquez la date de conception :

(vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays.
es fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'emprisonnement (articles L.766-1-3 et L.766-2-2 du code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale
de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :
Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77350 RUEFFLES - France

Pour obtenir des feuilles de soins dispensées à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

- tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande.
- N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de Le verso doit également être complété par vos soins.

• Pour être remboursé(e), systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

⇒ les (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique. , un (massages par exemple).
⇒ ainsi que,

• Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

• Pensez à joindre un lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

• Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

**ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ÉTRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS**

NOM : SLAOUI BUR PRENOM : FRANÇOISE DATE DE NAISSANCE : 13/08

<input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile		10/07/2023	300 DA
<input checked="" type="checkbox"/> Electrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme + test d'effort (EFF) <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :		10/07/2023	300 DA
ACTES D'IMAGERIE			
<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Scanner		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> IRM		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Electroencéphalogramme		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser :		10/07/2023	300 DA
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :		10/07/2023	300 DA

Date de la prescription : / /

Traitement dispensé du 11/11/11 au 11/11/11

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE	
Date de la prescription : 17/07/2011	Date d'exécution : 17/07/2011
Date de la prescription : 17/07/2011	Date d'exécution : 17/07/2011

PHARMACIE / FOURNISSEUR	
Date de la prescription : <u>10/10/23</u>	Date de délivrance : <u>10/10/23</u> <u>10.6.110</u>
Date de la prescription : <u> / / </u>	Date de délivrance : <u> / / </u>
Date de la prescription : <u> / / </u>	Date de délivrance : <u> / / </u>
Date de la prescription : <u> / / </u>	Date de délivrance : <u> / / </u>
Date de la prescription : <u> / / </u>	Date de délivrance : <u> / / </u>

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr Chadia BENCHEROUN
Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux
CES des maladies du cœur et vaisseaux
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire
Membre de la Société Française de Cardiologie
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 10 JUILLET 2023

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

111,00 x 3 1/- BI-PRETERAX 5 MG/1,25 MG
1 CP/J LE MATIN.

S.V

111,10 x 3 2/- CRESTOR 5 MG
1 CP/J. LE SOIR.

S.V

30,70 x 3 3/- KARDEGIC 75 MG
1 S/J LE MATIN.

S.V

99,00 x 3 4/- RELAXIUM B6 375 MG
1 GEL/J LE SOIR.

S.V

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

Mo. 6/11/20

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL SARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-38.54.38

Dr. Chadia BENCHEROUN
CARDIOLOGUE
63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71



PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C.:

Patente: 35600524

T.V.A.:

Tél. 0522 36 54 38

Le 10/07/2023

FACTURE N°690158

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

SLAOUI BURETTE FRANCOISE

ICE N°:

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CRESTOR CO 5MG 28U	114,10	342,30		
3	KARDEGIC ST 75MG 30STS	30,70	92,10		
3	RELAXIUM 375MG 30CP	99,00	297,00	19,43	7,00
3	BIPRETERAX CO 5MG 30U	111,00	333,00		

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél. 0522 36 54 38

TOTAL T.T.C. :

1 064,4

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	19,43	TVA 20% Base :	Montant
		297,00			

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 10 JUILLET 202

NOTE D'HONORAIRES

PATIENT : MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

EXAMENS : CONSULTATION + ECG AU REPOS ... 300,00 DH

**LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES EST ARRETEE A
LA SOMME DE : TROIS CENT DIRHAMS.**

Dr. Chadia BENCHEQROUN
Cardiologue
63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71