

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Ind 820

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Franche

Date de naissance : 12/08/91

Adresse : Résidence Yasmine Fès D

.....45 Bd Ghazi El Hachmi

Tél. : 0662 55697 Total des frais engagés : DH. 1364,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

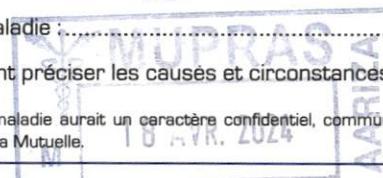
Employé CFC

Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade : SLAOUI Franche Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 : Boekhaha Le : 17/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
85				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches showing numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G'				



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^{ÈME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 05/04/2024

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb. t	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 04/04/2024 04/04/2024 04/04/2024 04/04/2024 TOTAL DU DECOMpte	ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20240405I00105 -E NUMERO DE DEMANDE : 240281660	97,33 27,43	26,50		1	97,33 26,50	65 70	63,26 18,55 81,81

Montant total payé en Euros

81,81

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 recevrez 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 : 20240405I00105
		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	
Nom : SLAOUI			
Prénom : FRANCOISE			

Caisse des Français de l'Étranger La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

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

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

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (n° de sécurité sociale): 21 41 08 16 340 01 384

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

Prénom :

Promises

D. A. Rose

(en capitales) :

Date de naissance :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

Oui Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Oui Non

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

Accident causé par un tiers, indiquez

□ Maternité, indiquez la date de conception :

(si 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)

¹ See also the discussion of the "new" or "revised" version of the theory of the firm by Williamson (1975).

Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 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 des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements 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 bénéficiiez 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 – 77950 RUELLES – France

John

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

- **Remplissez la demande** : 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 ~~signature du docteur ou du dentiste~~. Le verso doit également être complété par vos soins.
 - Pour être remboursé(e), ~~remplissez~~ systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
 - ⇒ les **factures** attestant du paiement pour chacune des dépenses.
 - ⇒ les **actes** (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
 - ⇒ ainsi que, **un** **acte** (massages par exemple).
 - 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 **chèque** lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
 - Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

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 04 AVRIL 2024

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
63 Bd d'Anfa, Angle Rue Washington, Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865

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 04 AVRIL 2024

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

1/- BI-PRETERAX 5 MG/1.25 MG
1 CP/J LE MATIN.

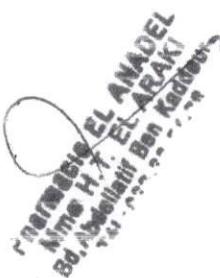
2/- CRESTOR 5 MG
1 CP/J. LE SOIR.

3/- KARDEGIC 75 MG
1 S/J LE MATIN 1 JOUR/2.

4/- RELAXIUM B6 375 MG
1 GEL/J LE SOIR.

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

Adelius



الدكتورة شادى بنت شقيق رون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington, Casablanca
tel/fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

No INP: 091 021 863

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:3560052

T.V.A:

Tél : 0522 36 54 38

Le 04/04/2024

FACTURE N°728883

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

SLAOUI BURETTE FRANCOISE

ICE N° :

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

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

TOTAL T.T.C :

1 064,

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

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Six Cent Quarante Quatre