

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.

Biologie 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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0011247

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Burelle ep stani Date de naissance : 13/08/90

Adresse :

Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 750,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 JUIN 2019

Nom et prénom du malade : _____ 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 : _____

Le : _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



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

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

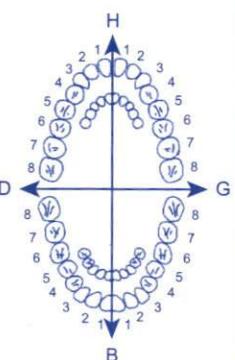
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

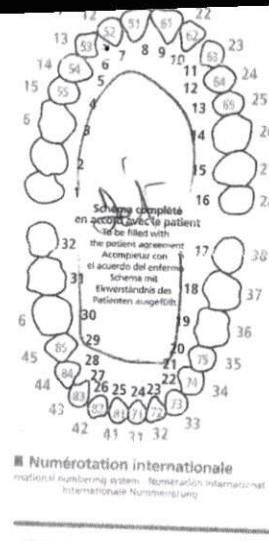
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412 21433552 00000000 00000000		
D	00000000 00000000 35533411 11433553		
G			
B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
Coefficient des Travaux			
Montants des Soins			
Date du devis			



Name = Forename of the patient
Apellidos = Nombre del enfermo
Name = Vorname des Patienten

CONSULTATION – RADIOPHARIE – OBTURATIONS CORONAIRES ET OU RADICULAIRES – EXTRACTIONS – TRAITEMENT DE PARODONTE – ETC

Consultation – Radiography – Obturation (onlays) – Extraction – Parodontal treatment
Consulta – Radiografía – Empastes (empolados) – Tratamiento de parodonto – etc.

Untersuchung – Röntgenuntersuchung – Koronare Füllungen und/oder Wurzelfüllungen – Extraktion – Parodontosebehandlung – usw.

N° DE DENT

DATE
DES ACTES
Date – Fecha
Behandlungsdatum

DESCRIPTION DE L'ACTE
(Ne pas utiliser de cotations alpha-numériques)
Description (Do not use alphanumeric codes)
Descripción (No utilizar códigos alfanuméricos)
Beschreibung (Keine alpha-numerische Zeichen verwenden)

FACTURE
Invoice
Factura
Rechnung

*Seance 9/5/19 Détartrage +
polissage*

750 M

MONTANT RÉGLE

Amount paid on the
Importe pagado el – Betrag bezahlt am

09.05.19

TOTAL FACTURE
Total invoice – Total factura
Gesamtrechnungsbetrag

750 M

PARTIE RÉSERVÉE À LA PROTHÈSE DENTAIRE

Part reserved for the dental prosthesis – Parte reservada a la protesis dental – Nur für Zahnlprothesen

M – PRÉNOM DU PATIENT

e – Forename of the patient
índes – Nombre del enfermo
e – Vorname des Patienten

DATE D'EXÉCUTION DU TRAITEMENT

of treatment completion – Fecha de realización del tratamiento
Endlungsdatum

Description du traitement

Description of the proposed treatment – Descripción del tratamiento propuesto
Beschreibung der Behandlung

IDENTIFICATION

DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)
Identification of the practitioner (Stamp)
Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

DATE ET SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION DES ACTES ET LES HONORAIRES PERÇUS

Signature of practitioner confirming
the completion of the work and the fees paid.
Firma del médico atestando la atención
profesional y los honorarios percibidos.
Unterschrift des Arztes zur Bescheinigung der durchgeföhrten
Behandlungen und der erhaltenen Honorare.

des dents

numbers – N° de dientes – Nummer der Zähne

MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS CORRESPONDANT AUX PROTHÈSES

Amount of the fees paid corresponding to the prostheses.
Importe de los honorarios percibidos correspondientes a las protesis.
Betrag der für Prothesen Behandlungen erhaltenen Honorare.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Medical information – Informaciones médicas – Medizinische Anmerkungen

IDENTIFICATION

DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)

Identification of the practitioner (Stamp) – Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

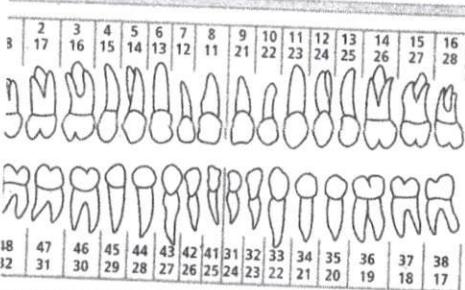
N° D'IMMATRICULATION DE L'ASSURÉ

NOM - PRÉNOM du Patient

Name - forename of the patient – Apellidos – nombre del enfermo – Name - Vorname des Patienten

COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Complete imperatively – Obligatorio cumplimentar
Unbedingt ausfüllen



= Dent absente
= Missing tooth – Diente ausente
– Fehlender Zahn

X = Dent remplacée prothèse
= Tooth replaced by a prosthesis – Diente sustituido por prótesis – Zahn ersetzt durch Prothese

ERVATIONS Remarks – Observaciones – Anmerkungen

PROTHÈSE AMOVIBLE

Removable prosthesis – Protesis amovible
Abnehmbare Prothese

RÉSINE

Resin – Resina – Harz

MÉTAL

Metal – Metal – Metall

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Upper jaw – Maxilla superior – Oberkiefer

N° de dents : _____

Number of teeth – Número de dientes
Anzahl der Zähne

COURONNE ou dent à tenon*

Crown or pivot crown – Corona o diente con espiga
– Krone oder Stiftzahn

N° des dents :

Tooth numbers – Número de dientes
Nummer der Zähne

DESCRIPTION DE LA PROTHÈSE

Description of the prosthesis – Descripción de la protesis – Beschreibung der Prothese

INLAY CORE

Inlay core – Falso muelón
Inlay Core

N° des dents :

Tooth numbers – Número de dientes
Nummer der Zähne

MANDIBULE

Mandible – Mandibula – Unterkiefer

N° des dents :

Number of teeth – Número de dientes
Anzahl der Zähne

PROTHÈSE FIXE (BRIDGE)*

Fixed prosthesis (bridge) – Protesis fija (puente)
Feststehende Prothese (Brücke)

PILIERS (N° de dent)

Abutments (Tooth number) – Pilares (n° de diente)
Pfeiler (Zahnnummer)

INTERS (N° de dent)

Pontics (Tooth number)
Piezas intermedia (n° de diente)
Zwischenstücke (Zahnnummer)

AVIS TECHNIQUE DU SERVICE DENTAIRE DE LA CFE

* Radiographies obligatoires – X-ray photographs required – Radiografías obligatorias
– Obligatorische Röntgenuntersuchungen

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT (Cachet)

Identification of the practitioner (Stamp)
Identificación del médico (Sello)
Identifikation des behandelnden Arztes (Stempel)

[Handwritten signature]

SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION DES ACTES ET LES HONORAIRES PERCUS

Signature of practitioner confirming
the completion of the work and the fees paid.
Firma del médico atestando la atención
profesional y los honorarios percibidos.
Unterschrift des Arztes zur Bescheinigung der durchgeföhrten
Behandlungen und der erhaltenen Honorare.

VOLET N°2

Section n° 2 – Talon n° 2 – Abschnitt Nr. 2

VOLET N°3

Section n° 3 – Talon n° 3 – Abschnitt Nr. 3



INFO PRATIQUES

L'ENTENTE PRÉALABLE

Cette formalité n'est pas obligatoire sauf en ce qui concerne :

- les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF). Une feuille de soins spécifique est réservée à ce type de traitement : à réclamer par courrier, téléphone, fax, e-mail ou à télécharger sur notre site www.cfe.fr ;
- certains actes spécifiques cotables par assimilation à un acte figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (en cas de doute, renseignez-vous auprès du service dentaire de la CFE au 33 1 64 71 70 26).

Dans les autres cas, elle a seulement pour vocation de vous indiquer la base de remboursement sur laquelle la caisse prendra éventuellement en charge les prothèses.

NE SONT JAMAIS PRIS EN CHARGE

- Les couronnes et bridges provisoires.
- Les implants.



Sécurité sociale
Caisse des Français de l'Etranger

FEUILLE DE SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

réserve à l'usage exclusif des adhérents de la CFE
et à ne pas utiliser pour les soins reçus en France

CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Dans tous les cas, complétez cette première page. Utilisez une feuille de soins par praticien et par soin.
- Le volet 1 est réservé aux soins et le volet 2 aux travaux de prothèses.
- Le volet 3 concerne les renseignements médicaux confidentiels (schéma dentaire et détail de la dentition).
- Dans tous les cas, le remboursement de cette feuille est subordonné à l'acquit de vos cotisations et à la date des soins.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nom (en capitales) SLAQUI
Prénom François Pays d'expatriation Panama

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

Nom	Prénom
Date de naissance	Est-il scolarisé ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, laquelle ?
A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ? <input type="checkbox"/> Oui	Est-il retraité ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droits.	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS

PAYS OÙ ONT ÉTÉ DISPENSÉS LES SOINS :

Accident causé par un tiers, indiquez la date :
Accident du travail, indiquez la date :

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
En cas de 1^{er} paiement ou de modification, joignez un relevé d'identité bancaire ou postal.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à ne solliciter aucun remboursement de la présente facture que ce soit auprès de la CFE ou d'un autre organisme français ou étranger. La fraude ou fausse déclaration expose à la radiation, la peine d'amende et/ou d'emprisonnement (Articles L766-1-3, L114-13 du code de la Sécurité sociale et 441-1 du code pénal). Le remboursement des prestations par l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La loi « Information et liberté » du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Caisse des Français de l'Etranger.

Signature de l'assuré :

RENOUVELLEMENT DE FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site)

Pour obtenir des feuilles de soins et prothèses dentaires, indiquez le nombre souhaité

CFE - BP 100 - 77950 RUBELLES FRANCE - Tél. : 01 64 71 70 00 - Fax : 01 60 68 95 74 - E-mail : courrier@cfie.fr - www.cfie.fr





Jaâfar MOUHYI DDS, PhD
Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en sciences dentaires
DES de Prostodontique et Implantologie
CES de Laser-Chirurgie
Réhabilitation orale

Facture:

09-05-2019
Casablanca, le

Mme SLAOUI Françoise.

Détartage + polissage:

Dirx 2

750 DA

Jaâfar MOUHYI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Dentaires
DES de Prostodontique et Implantologie
CES de Laser-Chirurgie
Réhabilitation orale



Caisse des Français de l'Étranger
 La Sécurité sociale des expatriés
 160 RUE DES MEUNIERS
 CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
 Tél. : 33 1 64 71 70 00
 Fax : 33 1 60 68 95 74
 www.cfe.fr

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

Rubelles, le 04/06/2019

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 rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 09/05/2019 TOTAL DU DECOMPTE	Actes de Prophylaxie et Préventi REFERENCE : 20190604362049 -E	69,21	28,92	1,00	1	28,92	70	20,24 20,24

Montant total payé en Euros

20,24

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.

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	Reglement	Référence : 20190604362049
		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE