

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

complément

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SIAOUH BARETTE Genevieve

Date de naissance :

13/08/44

Adresse :

45 Bd Sidi Abdellah Casablanca

Tél. :

0662 70 665

Total des frais engagés : 1020, 12 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

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 : Casablanca 16/12/19 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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

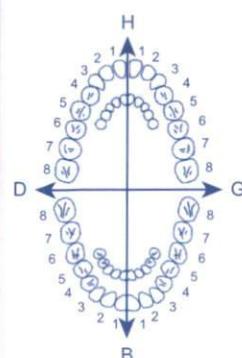
### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Centre Laser Dermatologique  
Puvathérapie

- Dr. HAMDI. H
- Pr. JARMOUNI. R
- Dr. MKINSI. S
- Pr NEJJAM. F

Youssef Slaoui  
Casablanca, le 12/12/18

20.00 Cleniderm  
10g x 2/2 x 3g

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. T. EL ARAKI  
Bd. Abdellah Ben Kaddou  
Tél.: 022 36 54 38

Dr. MKINSI BORGACH S.  
DERMATOLOGIE  
Rue du Marché - CASA  
Tél: 98.97.86 / 98.82.80

• Epilation • Couperose - Varicosités • Rides-Photorajeunissement • Puvathérapie

Clinique Badr, 35 Rue El Aloussi - Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 48 49 50 - 05 22 49 23 80/81/82/83/84

Dr MKINSI BARGACH Siham  
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE  
Rue du marché - Résidence Benomar  
Porte D, 2 ème étage - Appt. n° 2  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 022.98.97.86 / 98.82.80

Casablanca le 12/12/18

Rosa de l'ne Sraoui  
Françoise la somme  
de 1000 DHS pour  
traitement laser -

Dr. MKINSI BARGACH S.  
DERMATOLOGIE  
Rue du Marché - CASA  
Tél: 98.97.86 / 98.82.80



# 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 12/12/2019

## FACTURE N°500593

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

SLAOUI FRONSOISE

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CLENIDERM CREME 30G	20,00	20,00		
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>20,00</b>

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Vingt Dirhams.



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<sup>ÈME</sup> ETAG  
 CASABLANACA  
 20370  
 MAROC

Rubelles, le 13/12/2019

## AVIS DE RÈGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb. Taux		
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 12/12/2019 12/12/2019 TOTAL DU DECOMPTE	CONSULTATION SPECIALISTE PHARMACIE REFERENCE : 20191213331024 -E	93,68 1,87	25,00 1,87	1,00	1	25,00 1,87	70 65	17,50 1,22 18,72
Montant total payé en Euros									18,72

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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20191213331024
Nom : SLAOUI	Prénom : FRANCOISE	Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	Mode : Virement SEPA
			Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

## 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.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

247 0876 540 053 84

IOM (en capitales) :

SLAOMI

Date de naissance :

13 08 41

Prénom :

François

Le pays où ont été dispensés les soins :

France

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

IOM (en capitales) :

Date de naissance :

11 11 11

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

⇒ Si oui, laquelle ? .....

Est-il retraité ?

Oui

Non

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

Oui

Non

*Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

Accident de travail, indiquez la date :

Maternité, indiquez la date de conception :

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

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

(ignaler 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, de fraude ou fausses déclarations exposant à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'attente 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 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 : le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Signature : 

### ENVOI D'UNE FEUILLE DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « Nos imprimés »)

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

### IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1<sup>re</sup> page : 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 signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
  - les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
  - les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
  - ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (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 RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : SLAOUI PRENOM : Françoise DATE DE NAISSANCE : 13.08.41

Détails des actes médicaux



Dr. MUKHLIS BURGACH S.  
DERMATOLOGIE  
Rue du Marché - CASA  
Tél: 98.97.86 / 98.82.80

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge par  
l'organisme local

CONSULTATIONS

- Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile

13/11/11

13/11/11

13/11/11

CARDIOLOGIE

- Électrocardiogramme (ECG)  
 Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)  
 Autre acte, à préciser : .....

13/11/11

13/11/11

13/11/11

ACTE(S) D'IMAGERIE

- Radiographie, zone à préciser : .....
- Radiographie panoramique : .....
- Mammographie :  Unilatérale  Bilatérale
- Scanner : .....
- IRM : .....
- Electroencéphalogramme : .....
- Echographie, zone à préciser : .....
- Autre, à préciser : .....

13/11/11

13/11/11

13/11/11

ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : 13/11/11

Acte(s) effectivement dispensé(s) du 13/11/11 au 13/11/11

Nombre de séances dispensées : .....

Description du traitement : .....

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 13/11/11

Date d'exécution : 13/11/11

Date de la prescription : 13/11/11

Date d'exécution : 13/11/11

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 13/11/11

Date de délivrance : 13/12/11

20.00

Date de la prescription : 13/11/11

Date de délivrance : 13/12/11

Date de la prescription : 13/11/11

Date de délivrance : 13/12/11

Date de la prescription : 13/11/11

Date de délivrance : 13/12/11

Date de la prescription : 13/11/11

Date de délivrance : 13/12/11

AUTRES FRAIS DE SANTE

Description des frais facturés :

Traitement lotée  
noto 160

12.12.11 1000,00