

# 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.

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



Déclaration de Maladie  
M23-009322

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0867 Société : 168796  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Burette ep. Slami Tracore  
 Date de naissance : 13/08/1941  
 Adresse : Résidence Yasmine 45 Bd Ghazi Coifface  
 Tél. : 0662 550695 Total des frais engagés : DH 1364,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément etc  
 Date de consultation : 10/07/2023  
 Nom et prénom du malade : Burette ep. Slami Tracore Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 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 Le : 10/07/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

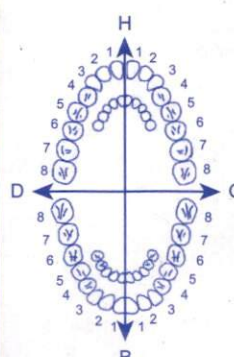
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

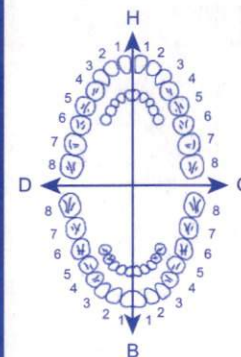
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 2ÈME ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 17/07/2023

## AVIS DE REGLEMENT

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coef.	Nbre	Base de rembt	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 : 20230717101155 -E	98,65 27,98	25,00		1 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 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)

<b>Assuré</b> N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84  Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE	<b>Règlement</b> Référence : 20230717101155 Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073
---	--

# FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée 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

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

2 61 08 76 510 053 84

Date de naissance :

13/08/44

en capitales) :

m : BURETTE-SLAOUI

Françoise

Maroc

Date de naissance :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(en capitales) :

ce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

⇒ Si oui, laquelle ?

il retraité ?

Oui

Non

il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Oui

Non

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)

Je certifie 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.  
Les fausses ou fautes 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 en France et à l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaires 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 bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable du traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Méuniers - 77350 RUBELLES - France

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

- tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. Le verso doit également être complété par vos soins.
- N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de
- Pour être remboursé(e), systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
  - ⇒ les attestant du paiement pour chacune des dépenses.
  - ⇒ les (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique, (messages par exemple).
  - ⇒ ainsi que, un
- 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<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout enseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

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

NOM: SLADOU BURETTE FRANCOIS PRENOM: FRANCOIS DATE DE NAISSANCE: 18/08/1958

- ACTES D'OPHTALMOLOGIE**
- 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

19/07/2023 3000

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

10/07/2023

- ACTES D'IMAGERIE**
- Radiographie, zone à préciser : .....
- Radiographie panoramique
- Mammographie :  Unilatérale  Bilatérale
- Scanner
- IRM
- Electroencéphalogramme
- Echographie, zone à préciser : .....
- Autre, à préciser : .....

ACTES DISPENSÉS PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste, ...)

Date de la prescription :   /  /  

Traitement dispensé du   /  /   au   /  /  

Nombre de séances dispensées : .....

Description du traitement : .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription :   /  /   Date d'exécution :   /  /  

Date de la prescription :   /  /   Date d'exécution :   /  /  

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 10/07/23 Date de délivrance : 10/07/23 10.6.11.10

Date de la prescription :   /  /   Date de délivrance :   /  /  

Date de la prescription :   /  /   Date de délivrance :   /  /  

Date de la prescription :   /  /   Date de délivrance :   /  /  

Date de la prescription :   /  /   Date de délivrance :   /  /  

**Pharmacie EL ANADEL**  
Mme H.T. EL-ARAKI  
Bd. Abdelatif Ben Kaddour  
Tél: 022-38-54-38

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

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 2023

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

111,00x3 1/- BI-PRETERAX 5 MG/1,25 MG  
1 CP/J LE MATIN.



114,10x3 2/- CRESTOR 5 MG  
1 CP/J. LE SOIR.



30,70x3 3/- KARDEGIC 75 MG  
1 S/J LE MATIN.



99,00x3 4/- RELAXIUM B6 375 MG  
1 GEL/J LE SOIR.



TRAITEMENT DE TROIS MOIS

1066,40

Pharmacie EL ANADEL  
Aime H.T. EL-ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél.: 022-38.54.38

البكتوب  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tel/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. :

Tel : 0522 36 54 38

Le 10/07/2023

**FACTURE N°690158**

N° ICE : 001620659000071

**SLAOUI BURETTE FRANCOISE**

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Doni 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  
Tel.: 022-36-54-38

**TOTAL T.T.C :**

**1 064,4**

Nbr Articles

TVA 7% Base :

297,00 Montant

19,43

TVA 20% Base :

Montant

**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 2021

**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.

البكتوبية خادبية  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71