

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011248

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouella ep. fayza Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 552 695 Total des frais engagés : 1057,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

complément

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

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

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	

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 CŒFFICIENT 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'EXECUTION

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 02 AVRIL 2019

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

195,60 x 3 1/ - BI-PRETERAX 5 MG/1,25 MG
 1 CP/J LE MATIN.

196,20 x 3 2/ - CRESTOR 5 MG
 1 CP/J. LE SOIR.

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

1057.50

Pharmacie EL ANADEL
Mme H. EL ARAKI
Bd. Alhéliafit Ben Kaddour
Tél. : 022-36-54-38

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

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

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 15/04/2019

FACTURE N°462732

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

MME SLAOUI BURETTE FRANÇOISE

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CRESTOR CO 5MG 28U	196,20	588,60		
3	KARDEGIC ST 75MG 30STS	30,70	92,10		
3	BIPRETERAX CO 5MG 30U	125,60	376,80		

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 022/36-54-38

TOTAL T.T.C :

1 057,50

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

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Cinquante Sept Dirhams et 50 centimes.



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 CANDHI ESC D 2^{ME} ETAGE
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 15/05/2019

AVIS DE RÉGLEMENT

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 09/04/2019 09/04/2019 09/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	PHARMACIE ACTES DE BIOLOGIE PRELEVEMENT SANGUIN REFERENCE : 20190515365037 -E	22,66 55,29 2,52	22,66 0,27 1,50	130,00	1 1 1	22,66 35,10 3,78	65 60 60	14,73 21,06 2,27 38,06
2	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 16/04/2019 16/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	Actes de chirurgie Acte technique medical REFERENCE : 20190515365038 -E	27,67 138,34	28,80 22,78	1,00 1,00	1 1	27,67 22,78	70 70	19,37 15,95 35,32
3	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 15/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	PHARMACIE REFERENCE : 20190515365039 -E	97,51	97,51		1	97,51	65	63,38 63,38

Montant total payé en Euros

136,76

2 L'acte de la consultation ne se cumule pas avec d'autres actes médicaux. Seul l'acte le plus important est remboursé.

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	Règlement	Référence : 20190515365037
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE	Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073		

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 : FRANCOISE DATE DE NAISSANCE : 13/08/71

Détails des actes médicaux

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

- 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

CONSULTATION(S)

Chadie BENCHEROUEN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington (Casablanca)
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 47 71

02/04/19

Chabit

11/11/11

11/11/11

11/11/11

Électrocardiogramme (ECG)

Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)

Autre acte, à préciser :

CARDIOLOGIE

02/04/19

Chabit

11/11/11

11/11/11

ACTE(S) D'IMAGERIE

Radiographie, zone à préciser :

11/11/11

.....

.....

Radiographie panoramique

11/11/11

.....

.....

Mammographie : Unilatérale Bilatérale

11/11/11

.....

.....

Scanner

11/11/11

.....

.....

RM

11/11/11

.....

.....

Électroencéphalogramme

11/11/11

.....

.....

échographie, zone à préciser :

11/11/11

.....

.....

utre, à préciser :

11/11/11

.....

.....

ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (kinésithérapeute, massothérapeute, ostéopathe, orthophoniste...)

de la prescription : 11/11/11

.....

.....

.....

ement dispensé du 11/11/11 au 11/11/11

bre de séances dispensées :

ription du traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FEUILLE DE SOINS DISPENSES A L'ETRANGER

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) : 214108161401053184

NOM (en capitales) : SLAOUI

Date de naissance : 13/08/91

Prénom : Naoufel

Pays où ont été dispensés les soins : Maroc

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

NOM (en capitales) :

Date de naissance : 1/1/1/1

Prénom :

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

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 : 1/1/1/1

Accident de travail, indiquez la date : 1/1/1/1

Maternité, indiquez la date de conception : 1/1/1/1

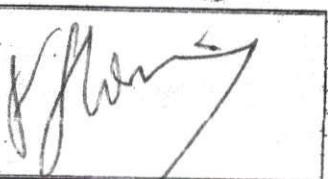
(Si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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

J'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, Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de peines, 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 marqués et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficierez 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 RUBELLES - France

Signature : 

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos 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^{ère} 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^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr