

# 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.

## Prescription :

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.

## Prothèse :

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064382

ND 46 222

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0968 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Burette Françoise ep. Skouri

Date de naissance : 13/08/1941

Adresse : Résidence Yasmine 41 Bd Ghardi Casablanca

Tél : 062550695 Total des frais engagés : 111,20 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : Burette Françoise ep. Skouri

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiologie

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

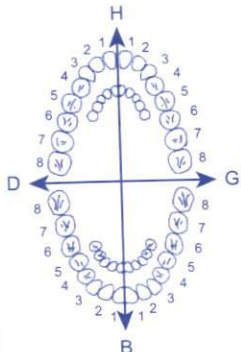
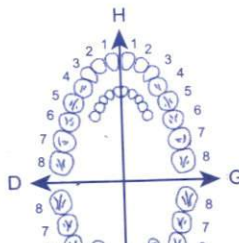
[illegible][illegible]

**RELEVÉ 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					Coefficient des Travaux														
					Montants des Soins														
					Début d'exécution														
					Fin d'exécution														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins															
				DATE DU DEVIS															

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

Le 15/10/2020


**FACTURE N°545520**

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

**MME SLAOUI BURETTE FRANÇOISE**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	BIPRETERAX CO 5MG 30U	125,60	376,80		
3	KARDEGIC ST 75MG 30STS	30,70	92,10		
3	CRESTOR CO 5MG 28U	114,10	342,30		
					

**TOTAL T.T.C :**

**811,20**

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Huit Cent Onze Dirhams et 20 centimes.**

**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 14 OCTOBRE 2020

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.

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

الدكتورة/شادية بنشقرن  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tél/fax : 0522 29 33 40 / 0522 29 41 71



**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 14 OCTOBRE 2020**

**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.**

**REGLEE ET ACQUITTEE**

الدكتورة شادية بنشقررون  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

**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: SLADOU BUKETIS PRENOM: FRANCOISE DATE DE NAISSANCE: 13/08/47

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

**CONSULTATION(S)**

- ☒ 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

Dr. Chadia BENCHEROUN  
CARDIOLOGUE  
63 Bd Washington - Casablanca  
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

14/10/20  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1

300 Mds 300 Mds  
Dr. Chadia BENCHEROUN  
63 Bd Washington - Casablanca  
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

**CARDIOLOGIE**

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

1/1/1  
1/1/1  
1/1/1

Dr. Chadia BENCHEROUN  
63 Bd Washington - Casablanca  
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

**ACTES D'IMAGERIE**

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

1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1  
1/1/1

Dr. Chadia BENCHEROUN  
63 Bd Washington - Casablanca  
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

**ACTES DISPENSES PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)**

Date de la prescription : 1/1/1  
 Traitement dispensé du 1/1/1 au 1/1/1  
 Nombre de séances dispensées : .....  
 Description du traitement : .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 1/1/1 Date d'exécution : 1/1/1  
 Date de la prescription : 1/1/1 Date d'exécution : 1/1/1

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 14/10/20 Date de délivrance : 14/10/20  
 Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1  
 Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1  
 Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1  
 Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés : .....



FEUILLE DE SOINS DISPENSES A L'ETRANGER

Reservée au 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'ADHERENT

NUMERO DE SECURITE SOCIALE (obligatoire) :

Date de naissance : 13/10/1974

NOM (en capitales) :

SLADOU I

Prénom :

Frederic

Pays où ont été dispensés les soins :

France

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

Date de naissance :

11/11/11

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

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

11/11/11

Maternité, indiquez la date de conception :

11/11/11

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

MODALITES 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 fausses ou fausses déclarations exposent à l'application des pénalités, à la radiation, à des peines d'arrêts 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 française, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de prestations de retraite, le ministère des Affaires étrangères, les établissements de santé, les employeurs mandataires et les organismes de santé. 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 - 180 rue des Meuniers - 77350 RUBELLIS - France

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « vos imprimés »)

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

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHERENTS

Utilisez une feuille de soins par malade.

Complétez obligatoirement cette 1<sup>ère</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)



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER  
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 02/11/2020

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20201102331034 -E	27,66 75,33	25,00		1 1	25,00 75,33	70 65	17,50 48,96 66,46
	14/10/2020								
	15/10/2020								
	TOTAL DU DECOMPTE								

Montant total payé en Euros

66,46

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)

Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n° 2005-273 du 27/03/05)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20201102331034
Nom : SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Prénom : FRANCOISE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	