

# 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.

que :

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

## Education :

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.

caire : 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.



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064382

ND 46 222

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 femme

Tél. :

066 255 695 Total des frais engagés : 1111,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe CFC

Date de consultation :

14/10/2020

Nom et prénom du malade :

Burette Françoise ep. Skouri

Age :

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) : B. Skouri

05 NOV. 2020

MUPRAS  
BAGUÉ

## **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 |
|--|-------------------|-----------------------|
| <i>Carole</i>                          | <i>20/01/2018</i> | <i>1000</i>           |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **RECLAME DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

## Important

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

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

**MME SLAOUI BURETTE FRANÇOISE**

N° IF :

**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     |          |        |

*Mme H.T. EL ARAKI  
Bureau: 0522 36 54 38  
Tél: 0522 36 54 38*

**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**

*MR.6x3*  
*NA.10 X3*

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

*30.20 X3*

2/ - CRESTOR 5 MG  
1 CP/J. LE SOIR.

3/ - KARDEGIC 75 MG  
1 S/J LE MATIN.

**TRAITEMENT DE TROIS MOIS**

الدكتور شادى بنشقرۇن  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63 Bd d'Anfa, Angle Rue Washington, Casablanca  
Télé/Fax : 0522 29 33 60 / 0522 29 41 21

**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**

الدكتور شادية بنشقرون  
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 BUKETTE FRANCOISE PRENOM : DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

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                            | 14/10/20 | 300 DH | 500 DH |
|---|---|---|----------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> Généraliste                              | <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste | Dr. Chadia BENCHIROROUN                 |          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement | <input type="checkbox"/> Au domicile            | CARDIOLOGUE                             |          |        |        |
| <input type="checkbox"/> Généraliste                              | <input type="checkbox"/> Spécialiste            | Tel/Fax : 0522 29 33 42 / 0522 29 41 71 |          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement | <input type="checkbox"/> Au domicile            | 10522 29 33 42 / 0522 29 41 71          |          |        |        |
| <input type="checkbox"/> Généraliste                              | <input type="checkbox"/> Spécialiste            |   |          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement | <input type="checkbox"/> Au domicile            |   |          |        |        |
| <input type="checkbox"/> Généraliste                              | <input type="checkbox"/> Spécialiste            |   |          |        |        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Au domicile |   |          |        |        |

CARDIOLOGIE

|  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)                 | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF) | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :                  | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |

ACTES D'IMAGERIE

|  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :   | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Radiographie panoramique  | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Scanner   | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> IRM   | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme  | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Échographie, zone à préciser :  | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :   | 1/1/1 | 1/1/1 | 1/1/1 |

ACTES DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, ostéopathe, orthophoniste...)

Date de la prescription : 1/1/1/1

Traitements dispensés du 1/1/1/1 au 1/1/1/1

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date d'exécution : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date d'exécution : 1/1/1/1

PHARMACIE/ FOURNISSEUR

Date de la prescription : 14/10/20

Date de délivrance : 14/10/20

81125

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

.....

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

.....

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

.....

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

.....

AUTRES FRAIS DE SANTE

Description des frais facturés :





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

Rubelles, le 02/11/2020

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

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

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)

|                    |  |  |                            |
|--------------------|--|--|----------------------------|
| <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 |                            |