

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.

Optique :

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

Educateur :

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.

Maladie chronique :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 067201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Burette Françoise ep. Shari

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : Résidence Youssef Essi

45 Bd Ghannouchi Casablanca

Tél. : 066250695 Total des frais engagés : DH 780,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CFC

Date de consultation : 02/11/2021

Nom et prénom du malade : Burette Françoise Age :

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

Nature de la maladie : Analyse

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 02/11/21 Le : / /

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

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

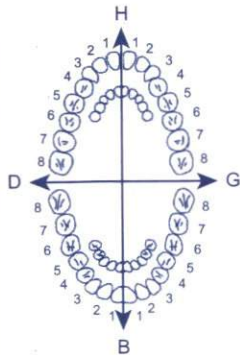
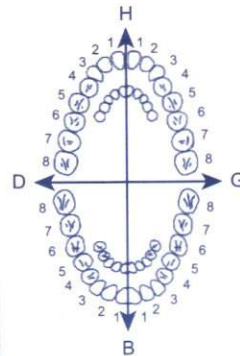
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[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 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 03/12/2021

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 02/11/2021 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE REFERENCE : 20211203707039 -E	66,59			1	66,59	50	33,30 33,30

Montant total payé en Euros 33,30

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°2005-275 du 27/05/05)

Assuré	N° de Sécurité Sociale :2 41 08 76 540 053 84	Règlement	Référence :20211203707039
Nom :SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Prénom :FRANCOISE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - À 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) :

21411087615401013184

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

13/08/49

Prénom :

Fouad

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 :

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 avant-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)

11/11/11

F. Slou

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 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 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 mandataires 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 : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Signature :

16. 2

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.

**ÉTAT DÉCLARATIF À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS REÇUS À L'ÉTRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS.**

Identité du malade : NOM : SLAOU PRENOM : Farouk 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(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

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

- ☐ Radiographie, zone à préciser :
- ☐ Radiographie panoramique
- ☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Électroencéphalogramme
- ☐ Échographie, zone à préciser :
- ☐ Autre, à préciser :

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : / /

Traitement dispensé du / / au / /

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 02/11/21

Date d'exécution : 02/11/21

Date de la prescription : / /

Date d'exécution : / /

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 09/11/21

Date de délivrance : 09/11/21

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
T4

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : SLAOUI, Françoise Age : 80 ans

Ordonnance du Docteur : MKINSI

Référence anatomopathologique antérieure : _____

Siège et nature du prélèvement : Pee (cuisse)

Renseignements cliniques et paracliniques : _____

verruces des deux hanches

Prélevé

excrète BOO + culture

* Frottis de dépistage :

* Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements éventuels :

Date : 02/11/2021

Dr. MKINSI [Signature]
Dermato - Vénérologue
Res du Marché - Résidence Ben Omar
Pav. II - Maârif - CASABLANCA

400 Bd Brahim Roudani - 20330 Maârif - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67
laboibnsina@hotmail.fr & anapatibnsina@iam.net.ma

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

Mme SLAOUI Françoise

Casablanca le 09/11/2024

39,70

1) Fucidine pom (20g)
1 appl x 2/j

40,50

2) Eficort hydrophile / dem
1 appl x 2/j

70,20

PRESCRIT PAR EL ANABEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél. : 022.29.54.28

Dr. MKINSI BARGACH S
Dermatologue - Vénérologue
Rue du Marché - Résidence Ben Omar
Porte D - Maârif - CASABLANCA



IBN SINA GESTION

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr

Casablanca, le 02/11/21

Date de Réception

02/11/21

SLAOUI FRANCOISE

ICE :

Facture n° : 20213270

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P636	Biopsies cutanées	700,00

Signé :

IBN SINA GESTION
400, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67

NET A PAYER

700,00



Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 04/11/2021

Réf : PW261P

SLAOUI Françoise

Adressé(e) par : Dr MKINSI

Reçu le : 02/11/2021

Age : 80 ans

Nature du prélèvement : Exérèse d'une lésion cutanée de la cuisse

Renseignements cliniques : verrue séborrhéique irritée ; Bowen. Réf ant PW4131G. PW1729E.

Il s'agit d'une pièce d'exérèse cutanée de 1,7cm/0,9cm/1cm, centrée par une lésion verruqueuse occupant pratiquement toute la pièce dont l'exérèse est totale.

L'étude histologique montre qu'il s'agit d'une prolifération épidermique verruqueuse envoyant quelques invaginations au sein du derme. Elle est faite de cellules malpighiennes avec légère augmentation des couches basales, une hyperacanthose et une hyperkératose généralement ortho ou parakératosique. Les papilles sont plus ou moins coalescentes et enserrant des îlots de derme oedémato congestif. On note un infiltrat inflammatoire dense lichénoïde. Il existe une spongieuse.

Il n'est pas observé d'atypie notable.

L'exérèse est totale.

Les limites sont saines.

CONCLUSION : L'aspect évoque une verrue séborrhéique, irritée, dans sa forme papillaire.

Il n'est pas observé de signe histologique de malignité.

L'exérèse est totale.

Docteur Z. Benamour Biaz

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim
Roudani - Tél: 02 23 08 76 / 02 23 98 48 67

Dr Zahra BENAMOUR BIAZ
Anatomopathologiste