

# 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.

## 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.

## Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALP :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0010408

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société : 108796  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Burette Foucine ep. Shoum  
Date de naissance : 12/07/41  
Adresse : Résidence Yasmine Bd  
45 Bel Ghazal Casablanca  
Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 1134,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément JFC  
Date de consultation : 03/02/2022  
Nom et prénom du malade : Shoum Foucine 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 : 21/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : Shoum

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 RADIOGRAPHIQUES

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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 11/03/2022

## 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	ASSURÉ : FRANCOISE - Maladie 03/02/2022 03/02/2022 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20220311443007 -E	65,59 50,11			1 1	65,59 50,11	55 65	36,07 32,57 68,64

Montant total payé en Euros

68,64

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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20220311443007
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		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

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (

08  
2 4 1 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

NOM (en capitales) :

SLAoui - BURETTE

Date de naissance :

13/10/1981

Prénom :

Françoise

Maroc

(en capitales) :

Date de naissance :

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

☐ 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)

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 domicile ou de coordonnées bancaires. Les fausses ou fautes de renseignements exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L756-1-3 et L756-2-2 du code de 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

SLAoui

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.
- N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de Le verso doit également être complété par vos soins.
- 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, appareils, actes en série, frais d'optique, (massages 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 renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

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

NOM: **BURETE SLAOUT**

PRENOM: **Fransone**

DATE DE NAISSANCE: **13/08/16**

Détails des actes médicaux



Dr. MKINSI-BARGACH'S  
DERMATOLOGIE  
Rue du Marché - CASBA  
TEL: 98 97 85 / 98 87 40

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
eventuellement  
payé en / hors  
pays

- ☒ 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  
☐ Echographie, zone à préciser :  
☐ Autre, à préciser :

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

Date de la prescription : **03/02/22**  
Traitement dispensé du **03/02/22** au **03/02/22**  
Nombre de séances dispensées :  
Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : **03/02/22**  
Date de la prescription : **03/02/22**

Date d'exécution : **03/02/22**  
Date d'exécution : **03/02/22**

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : **03/02/22**  
Date de la prescription : **03/02/22**  
Date de la prescription : **03/02/22**  
Date de la prescription : **03/02/22**  
Date de la prescription : **03/02/22**

Date de délivrance : **03/02/22**  
Date de délivrance : **03/02/22**  
Date de délivrance : **03/02/22**  
Date de délivrance : **03/02/22**  
Date de délivrance : **03/02/22**

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

**7500**  
**534,80**  
Pharmacie  
Mme H. E.  
Bd. Abdellah  
7500

Dr MKINSI BARGACH Siham  
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE  
Rue du marché - Résidence Benomar  
Porte D, 2<sup>ème</sup> étage - Appt. n° 2  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 022.98.97.86 / 98.82.80

Mme ELAOUI Françoise  
Casablanca le 03/02/2022

32857  
1/ Prep  
408,40 { Cold Cream Uriage 100g  
Dermolal crème 80g  
1 appl x 21j x 5j  
1 appl 1j x 10j

63,20 x 2  
2/ Zyrtec  
1 cp 6 fois  
x 1 mois

53480  
Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél. 022.98.97.86 / 98.82.80

Dr. MKINSI BARGACH S.  
DERMATOLOGIE  
Rue du Marché - Casablanca  
Tél. 022.98.97.86 / 98.82.80



# 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 : MKINS

Référence anatomopathologique antérieure :

Siège et nature du prélèvement : Peau (dos)

Renseignements cliniques et paracliniques : Biopsie Cutanée

lesions papuleuses excoïtes  
sur le gâtage dos, bras  
- toxidermie  
- lésions

\* Frottis de dépistage : \* Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements éventuels :

Date : 03/02/2022

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA  
Résidence Roudani - 400 Bd Brahim  
Roudani - Tél: 05 22 23 08 76

Dr. MKINSI BARGACH  
DERMATOLOGIE  
Rue du Maroc 21134  
Tél: 93.97.86 / 93.82.80

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



## 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 03/02/22

Date de Réception

03/02/22

SLAOUI FRANCOISE

ICE :

**Facture n° : 20220285**

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P636	Biopsie cutanée	700,00
		<b>NET A PAYER</b>
		700,00

Signé :

IBN SINA GESTION  
400, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 0522 23 08 76 / 05 22 98 48 67





3 bd abdellatif ben kaddour

armacien diplômé de l'université de CAEN  
MEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

03/02/2022

**FACTURE N°617891**

I° ICE : 001620659000071

J° IF :

**MME SLAOUI FRANÇOISE**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	PREPARATIONS	408,40	408,40	68,07	20,00
2	ZYRTEC CO 10MG 15U	63,20	126,40		
<div>Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd Abdellatif Ben Kaddour Tél : 0522 36 54 38</div>					

**TOTAL T.T.C :****534,80**

Ibr Article	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	408,40	Montant	68,07
-------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Trente Quatre Dirhams et 80 centimes.



# 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

**Compte rendu du : 07/02/2022**

**Réf : PW432B**  
**SLAOUI Françoise**  
**Adressé(e) par : Dr MKINSI**

**Reçu le : 03/01/2022**

**Age : 81 ans**

**Nature du prélèvement : Biopsie cutanée au niveau du dos**

**Renseignements cliniques : lésions papuleuses excoriées par le grattage dos, bras. Toxidermie ? Lucite ? Réf ant PW261P, PW4131G, PZ1729E**

La biopsie examinée mesure 8mm/6mm/3,5mm.

L'étude histologique montre un revêtement cutané dont l'épiderme est le siège d'une hyperplasie psoriasiforme d'allure réactionnelle. On y observe une hyperkératose parakératosique. On note une spongiose et une exocytose lymphoïde. Le derme est oedémateux, on y observe un infiltrat inflammatoire abondant, composé d'éléments lymphoïdes mêlés à des histiocytes. Il existe une congestion vasculaire. Les capillaires possèdent un endothélium turgescent. On note la présence d'un infiltrat inflammatoire lympho histiocytaire interstitiel à renforcement péri vasculaire. On reconnaît des polynucléaires éosinophiles.

Il n'est pas observé de nécrose fibrinoïde ni de leucocytoclasie.

A signaler par places une nécrose des kératinocytes.

**CONCLUSION :** Les aspects ici observés paraissent compatibles avec une toxidermie.

Docteur Z. Benamour Biaz

Dr Zahra BENAMOUR BIAZ