

# 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.

## Radiologie 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.

## Dentaire :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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- 074043

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société : 139 776  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Bouelle Hemoni ep. Hemoni  
 Date de naissance : 13/08/41  
 Adresse : Residence Yasmine Ex D 45 Rd Ghandi Cox  
 Tél. : 0662 550695 Total des frais engagés : DH 2200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CFE  
 Date de consultation : 07/09/2022  
 Nom et prénom du malade : Bouelle Hemoni ep. Hemoni Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : dermatologie  
 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 : 07/10/22 Le : 11 OCT. 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : Hemoni

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

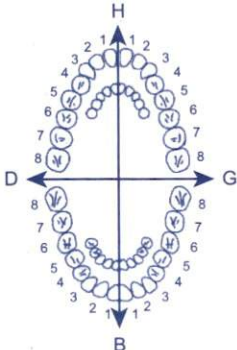
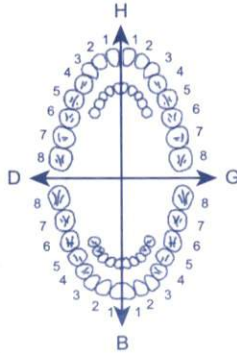
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

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 28/09/2022

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie								
	07/09/2022	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	66,05			1	66,05	50	33,03
	07/09/2022	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	141,53			1	141,53	55	77,84
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20220928426011 -E							110,87

Montant total payé en Euros

110,87

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 : 20220928426011
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

Reservée 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):

21 41 08 76 54 05 38

NOM (en capitales):

SLAOU  
FRANCOISE  
NAZAR

Date de naissance:

13/08

Prénom:

Pays où ont été dispensés les soins:

### 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 ayant-droit

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

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date:

11/11/11

☐ 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)

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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

Je jure 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 situation familiale ou professionnelle.  
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 française, 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

*[Signature]*

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 dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité:

### IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- 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 le malade.
- 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, 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)



**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 SIACI PRENOM Françoise DATE DE NAISSANCE 13/08/47

Détails des actes médicaux	<b>Dr. MKINSI BARGACH S.</b> <b>Dermato - Vénérologue</b> <b>Rue du Marché - Résidence Ben Omar</b> <b>Porte D - MAJEL CASABLANCA</b>	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local

<input checked="" type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				

**CARDIOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme (ECG)				
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)				
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser : .....				

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser : .....				
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique				
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale				
<input type="checkbox"/> Scanner				
<input type="checkbox"/> IRM				
<input type="checkbox"/> Electroencéphalogramme				
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser : .....				
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser : .....				

**ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste, ...)**

Date de la prescription : 07/08/22  
 Traitement dispensé du 07/08/22 au 07/08/22  
 Nombre de séances dispensées : .....  
 Description du traitement : .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : <u>07/08/22</u> Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date d'exécution : <u>07/08/22</u> Date d'exécution : <u>07/08/22</u>	<u>700/HA</u> <u>700/HA</u>
--	--	--------------------------------

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date de délivrance : <u>07/08/22</u>		
Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date de délivrance : <u>07/08/22</u>		
Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date de délivrance : <u>07/08/22</u>		
Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date de délivrance : <u>07/08/22</u>		
Date de la prescription : <u>07/08/22</u>	Date de délivrance : <u>07/08/22</u>		

**AUTRES FRAIS DE SANTE**

Description des frais facturés : Exercice d'une tournée certifiée  
Vol minéral

07 08 2022 1500,00 DHS

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz  
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : SLAOUI Françoise Age : 81 ans

Ordonnance du Docteur : 7 KINS

Référence anatomopathologique antérieure : \_\_\_\_\_

Siège et nature du prélèvement : Peau (bras)

Renseignements cliniques et paracliniques : \_\_\_\_\_

Kerato acanthome

EBL

exécuté B0 + détecté

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

- Date des dernières règles :

- Parité :

Traitements éventuels :

Date : 07/09/2022

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim  
Roudani - Tél. 0522 23 08 76 - Cas

DR. MKINSI BAROCH S.  
Dermatologue  
Résidence Ben Omar  
Rue du Marché - Résidence Ben Omar  
Port D - Maârif - CASABLANCA

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





# 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 Ni

**Compte rendu du : 09/09/2022**

**Réf : PW762K**

**SLAOUI Françoise**

**Adressé(e) par : DR MKINSI**

**Reçu le : 07/09/2022**

**Age : 81 ans**

**Nature du prélèvement : Exérèse d'une lésion cutanée du bras**

**Renseignements cliniques : Kératoacanthome. ESC. Réf ant PW432B.  
PW261P. PW4131G. PZ1729E.**

L'envoi concerne un lambeau cutané losangique mesurant 2cm/2cm de grands axes. Il est centré par un nodule tubéreux de 1,5cm/1,4cm de grands axes.

A l'examen histologique, le nodule correspond à une prolifération épidermique, centrée par un canal renfermant des amas de lamelles de kératine. Autour, on trouve des massifs de cellules malpighiennes, bien différenciées, sans atypie ou avec des atypies légères. Certains massifs sont centrés par un foyer de kératinisation ortho et parakératosique. La lésion présente une limite arciforme. Elles se raccordent avec l'épiderme superficielle, en réalisant un aspect de bec.

La lésion est soulignée par un dense infiltrat inflammatoire, essentiellement lympho plasmocytaire à distribution lichénoïde.

L'exérèse est totale.

**CONCLUSION :** Aspect histologique est compatible avec un kératoacanthome.  
L'exérèse est totale.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Résidence Roudani  
Tunis

Dr Amina EL HAMDAOUI RIFFI  
Anatomopathologiste

**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.

Casablanca, le  
07/08/2022

Je soussigné avoir reçu de M. Mr ELAOUI Françoise  
La somme de : 1500,00 DHS  
Pour exercice d'une tournée  
Cette somme est destinée à

Dr. MKINSI BARGACH S.  
Dermato - Vénérologue  
Signé : Dr MKINSI  
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 : labolbsina@hotmail.fr

Casablanca, le 07/09/22

Date de Réception

07/09/22

SLAOUI FRANCOISE

ICE :

# Facture n° : 20222302

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P636	Biopsies cutanées	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