

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	0868	Société :	ABEZZA
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Bourelle Farnouci ep. Elboui	
Date de naissance :		13/10/1941	
Adresse :		Bourelle Farnouci ep. Elboui 15 rue ghendi ezz	
Tél. :		0662570691 Total des frais engagés : Dhs 2200,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Complexe
CFE

Date de consultation :

07/09/2022

Nom et prénom du malade :

Bourelle Farnouci ep. Elboui Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

dermatologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

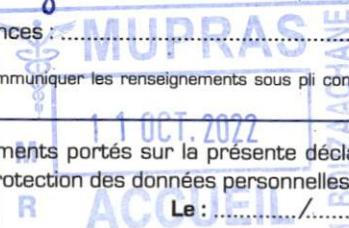
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07/10/2022 - Le : 11 OCT. 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Bourelle Farnouci



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 in each quadrant. The quadrants are labeled: D (left), H (top), and B (right). The teeth are arranged in a standard dental sequence: upper arch (H) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers 1 through 8 are placed inside circles corresponding to each tooth position.

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 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^{ÈME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 28/09/2022

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

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

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)

Assuré	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	Règlement	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) : 2141087654205386

NOM (en capitales) : SLAOUI

Date de naissance : 13/08

Prénom : Françoise

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

At-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-droits

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)

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'accepte sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation de membre de l'assurance ou de sécurité sociale. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de peines, à la radiation, à des peines d'amendes et d'emprisonnement (articles L706-1-3 et L706-2-2 du code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-6, 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 mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficierez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pourrez exercer en vous adressant à la CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUEBLES - France

Signature : Slaoui

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^{re} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par

○ Pour être remboursé(s), 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^{er} envoi de feuille(s) de soins.

○ Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : 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 : **J. SIAOUS** PRENOM : **François** DATE DE NAISSANCE : **13/08/41**

Détails des actes médicaux		Dr. MTKNSI BARGACH S. Dermato - Vénérologue Rue du Marché - Résidence Ben Omer Porte D - Maroc - CASABLANCA	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------------------------	--	--	----------------	---------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	11/11/11	.....	.....

CARDIOLOGIE

<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :	.....	11/11/11	.....	.....

ACTE(S) D'IMAGERIE

<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Scanner	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> IRM	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser :	.....	11/11/11	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	.....	11/11/11	.....	.....

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

date de la prescription :	11/11/11	.....	.....	.....
traitement dispensé du	11/11/11	au	11/11/11	.....
nombre de séances dispensées :	.....	.....	.....	.....
description du traitement :	.....		

ANALYSES DE LABORATOIRE

date de la prescription :	07/08/22	Date d'exécution :	07/08/22	700 F
date de la prescription :	.....	Date d'exécution :	.....	.....

PHARMACIE / FOURNISSEUR

date de la prescription :	.....	Date de délivrance :	11/11/11	.....
date de la prescription :	.....	Date de délivrance :	11/11/11	.....
date de la prescription :	.....	Date de délivrance :	11/11/11	.....
date de la prescription :	.....	Date de délivrance :	11/11/11	.....
date de la prescription :	.....	Date de délivrance :	11/11/11	.....

AUTRES FRAIS DE SANTE

description des frais facturés	07/08/2022	1500,00 DHS
exceede d'une trenee cette une toumineer	.....	.....

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



W762K

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Rifi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : SLAOUI Frégoïde Age : 81 ans

Ordonnance du Docteur : TIKINSI

Référence anatomopathologique antérieure :

Siège et nature du prélèvement : Poies (tissus)

Renseignements cliniques et paracliniques :

Kerato sénophile

ESC

excrete BD + detees

* Frottis de dépistage : * Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles :

- Parité :

Traitements éventuels :

Date : 07/09/2022

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400 Bd Brahim
Roudani. Tel. 0522 23 08 76. Casablanca
Port D - Maârif - CASABLANCA
Dermatologue - Gynécologue
Patho de Médecins - Résidence Ben Omer
Dr. MANSI BARAGACH S.

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 SINI

Dr. Zahra Benamour Blaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de N

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

Pr Amina El HAMDAOUI RIFFI
Anatomopathologiste
Laboratoire Ibn Sina
DE PATHOLOGIE
Résidence Routier de Rabat
Casablanca - Maroc - 2022

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 81 Aoui, frangardé
La somme de : 1500,00 DHS
Pour excede d'une telle
..... certes la valeur

Dr. MKINSI BARGACH S.
Dermato - Vénérologue
Signé : Dr MKINSI BARGACH S.
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 07/09/22

Date de Réception

07/09/22

SLAOUI FRANCOISE

ICE :

Facture n° : 20222302

	Cotation	Nature du Prélévement	Montant Net
P636		Biopsies cutanées	700,00
NET A PAYER			700,00

Signé :

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