

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

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.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

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.

adie 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 personnel.

MAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0019805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Fouzia Date de naissance : 13/08/41

Adresse : El pal ghanda - Résidence Yasmine case

Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 2445,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : complément Date : 21 Mai 2019

Nom et prénom du malade : MUPRAS 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 : 29/09/19

Signature de l'adhérent(e) : El Hawa

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
				CC-joit copie CFE et piece jointe

CC - joint copies CTC copies joint
+ reglement P.T.E.L.

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D ————— G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 09/04/19

46.40
1/ Aeptrice mgzay
1 opf x 2/j

199.50
2/ Cicoplast baewee Bg
1 opf x 2/j

245.90
Pharmacie EL ANADEL
Mme H. T EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tel.: 022.36.04.29

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

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 16/04/08

Je soussigné avoir reçu de M. ... *Mr Slaoui francoise*
La somme de : 1800 DHS
Pour une consultation (300 DHS)
et biopsie + électro coagulation
de polypes actiniques (1500 DHS)

Dr. MKINSI BARGACH S.
Dermato - Vénérologue
Rue du Marché, Résidence Ben Omar
Porte D - Maârif - CASABLANCA
Signé : Dr MKINSI *MP*



PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C : Patente:35600524

T.V.A:

Tél : 0522 36 54 38

Le 09/04/2019

FACTURE N°461830

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

MME SLAOUI FRANÇOISE

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	RP CICAPLAST BAUME B5 100ML	199,50	199,50	33,25	20,00
1	SEPTICA SOLUTION	46,40	46,40	3,04	7,00

TOTAL T.T.C :

245,90

br Articles	TVA 7% Base :	46,40	Montant :	3,04	TVA 20% Base :	199,50	Montant	33,25
-------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Quarante Cinq Dirhams et 90 centimes.



LABORATOIRE IBN SINA DE PATHOLOGIE

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Casablanca, le 09/04/19

FACTURE N°1367/19

Nom et prénom : SLAOUI FRANCOISE

Date de réception : le 09/04/19

Cotation : P545 = 600,00 DH

Arrêtée à la somme de : Six cents dirhams.

Signée :

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



Caisse des Français de l'Étranger
 La Sécurité sociale des expatriés
 160 RUE DES MEUNIERS
 CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
 Tél. : 33 1 64 71 70 00
 Fax : 33 1 60 68 95 74
 www.cfe.fr

MME SLAOUI FRANCOISE
 RÉSIDENCE YASMINE
 45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2^{ÈME} ETAG
 CASABLANACA
 20370
 MAROC

Rubelles, le 15/05/2019

AVIS DE RÉGLEMENT

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 09/04/2019 09/04/2019 09/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	PHARMACIE ACTES DE BIOLOGIE PRELEVEMENT SANGUIN REFERENCE : 20190515365037 -E	22,66 55,29 2,52	22,66 0,27 130,00 1,50		1 1 1	22,66 35,10 3,78	65 60 60	14,73 21,06 2,27 38,06
2	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 16/04/2019 16/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	Actes de chirurgie Acte technique medical REFERENCE : 20190515365038 -E	27,67 138,34	28,80 22,78	1,00 1,00	1 1	27,67 22,78	70 70	19,37 15,95 35,32
3	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 15/04/2019 TOTAL DU DECOMPTE	PHARMACIE REFERENCE : 20190515365039 -E	97,51	97,51		1	97,51	65	63,38 63,38

Montant total payé en Euros

136,76

2 L'acte de la consultation ne se cumule pas avec d'autres actes médicaux. Seul l'acte le plus important est remboursé.

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.

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 : 20190515365037
		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Nom : SLAOUI		Mode : Virement SEPA	
Prénom : FRANCOISE		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservee 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) :

21411087654904384

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

13/10/41

Prénom :

Fatima

Pays où ont été dispensés les soins :

France

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

11/11/11

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Oui

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

Non

Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Oui

Oui

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 :

 / /

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'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 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 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

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'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.
- 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**

du malade : NOM : SLAOMI PRENOM : Hanouc DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

es actes médicaux

Dr. MANSI BARGACH S.
Nom du praticien
ou de l'établissement
Derman - Maroc
Pte du Marché - Résidence Ben Omar

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

<input checked="" type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste			
<input type="checkbox"/> Cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile	<u>CS</u>	<u>12/03/18</u>	
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste		<u>1/1/18</u>	
<input type="checkbox"/> Cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile			
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste		<u>1/1/18</u>	
<input type="checkbox"/> Cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile			
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste		<u>1/1/18</u>	
<input type="checkbox"/> Cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile			

CARDIOLOGIE

cardiogramme (ECG)		<u>1/1/18</u>		
cardiogramme + test d'effort (EFF)		<u>1/1/18</u>		
acte à préciser :		<u>1/1/18</u>		

ACTE(S) D'IMAGERIE

graphie, zone à préciser :		<u>1/1/18</u>		
graphie panoramique		<u>1/1/18</u>		
mographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale		<u>1/1/18</u>		
ner		<u>1/1/18</u>		
		<u>1/1/18</u>		
éocéphalogramme		<u>1/1/18</u>		
graphie, zone à préciser :		<u>1/1/18</u>		
, à préciser :		<u>1/1/18</u>		

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

la prescription :	<u>1/1/18</u>		
ent dispensé du	<u>1/1/18</u>	au	<u>1/1/18</u>
de séances dispensées :			
ion du traitement :			

ANALYSES DE LABORATOIRE

la prescription :	<u>109/104/19</u>	Date d'exécution :	<u>08/04/19</u>	<u>600,00</u>	
la prescription :	<u>1/1/18</u>	Date d'exécution :	<u>1/1/18</u>		

PHARMACIE / FOURNISSEUR

à prescription :	<u>109/104/19</u>	Date de délivrance :	<u>109/104/19</u>	<u>245,90</u>	
à prescription :	<u>1/1/18</u>	Date de délivrance :	<u>1/1/18</u>		
à prescription :	<u>1/1/18</u>	Date de délivrance :	<u>1/1/18</u>		
à prescription :	<u>1/1/18</u>	Date de délivrance :	<u>1/1/18</u>		
à prescription :	<u>1/1/18</u>	Date de délivrance :	<u>1/1/18</u>		

AUTRES FRAIS DE SANTE

un des frais facturés :	<u>Bioptiq Peel +</u>	<u>03/06/18</u>	<u>1500,00</u>	<u>000</u>
	<u>Cocto Coagulation</u>			
	<u>de Peeling Actiniques</u>			

ANADEL
Mme H. T.
Bozbadine Bel Kedour
A.20



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 : 12/04/19

Réf : PZ1729E
SLAOUI FRANÇOISE
Adressé(e) par : Dr MKINSI

Reçu le : 09/04/19

Age : 78 ans

Nature du prélèvement : Biopsie cutanée de l'avant bras.

Renseignements cliniques : Kératose actinique. EBC.

L'envoi concerne un fragment biopsique de 0,7cm de grand axe.

A l'examen histologique, on trouve un revêtement remanié. L'épiderme est épaisse avec des atypies légères au niveau des couches basales. Il est surmonté d'une hyperkératose parakératosique. Le derme sous jacent est le siège d'un infiltrat lymphocytaire assez dense, réalisant une bande sous épithéliale lichénoïde. En dessous, le derme présente des lésions d'élastose actinique.

Il n'est pas noté de signe de malignité dans les limites de ce prélèvement.

CONCLUSION : Aspect histologique compatible avec une kératose actinique.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400 Bd Brahim
Roudani - Tel. 022 23 08 76 - Fax : 022 98 48 67
Dr Amina EL HAMDAOUI RIFFI
Anatomopathologiste