

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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

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 - 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 : 868 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SLAOUI Françoise Date de naissance : 13/08/41  
Adresse : 45 bd el ghazali Résidence Youssef  
Tél. : 066255069 Total des frais engagés : 2445,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : complétement  
Nom et prénom du malade : 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 : 21/09/19

Signature de l'adhérent(e) :



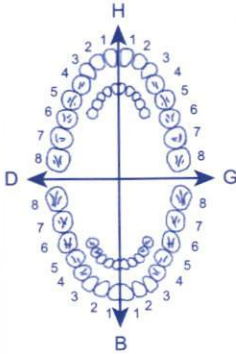
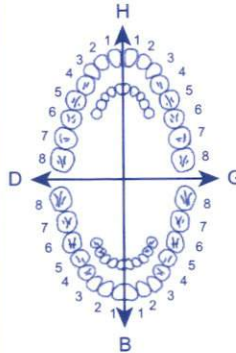
[illegible][illegible][illegible][illegible]

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

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

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

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																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 L'EXI

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

The SLAOUI Françoise

Casablanca le 09/04/19

46.40

1/ Septice spray

1 appl x 2/j

199.50

2/ Cicoplast ~~barème~~ B5

1 appl x 2/j

245.90

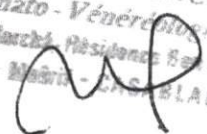
Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél. : 022-38-84-25

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 16/04/89

Je soussigné avoir reçu de M. Mme SLAOUI Françoise  
La somme de : 1800 DHS  
Pour une consultation (300 DHS)  
et biopsie + électrocoagulation  
de keratoses actiniques (1500 DHS)

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



# 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
<div>PHARMACIE EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél : 0522 36 54 38</div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>245,90</b>

5r 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 - Tél: 0527 23 08 76 - Cas



Caisse des Français de l'Étranger  
La Sécurité sociale des expatriés

160 RUE DES MEUNIERES  
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 2ÈME ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 15/05/2019

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

Mode : Virement SEPA

Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE



## 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) :

21411081761549053184

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Prénom :

Fatouma

Date de naissance :

13/10/41

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 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 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

### 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 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<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

du malade : **NOM :** SLAOU **PRENOM :** Ibrahim **DATE DE NAISSANCE :** 13/08/91

es actes médicaux

Dr. MKINSI BARGACH S  
Dermatologue  
Rue du Marché - Résidence Ben Omar  
92000 CASABLANCA

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge par  
l'organisme local

**CONSULTATION(S)**

Spécialiste	<input checked="" type="checkbox"/>	CS	12/03/18		
abinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile				
Spécialiste	<input type="checkbox"/>				
abinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile				
Spécialiste	<input type="checkbox"/>				
abinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile				
Spécialiste	<input type="checkbox"/>				
abinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile				

**CARDIOLOGIE**

ecardiogramme (ECG)					
ecardiogramme + test d'effort (EFF)					
acte, à préciser :					

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

ographie, zone à préciser :					
ographie panoramique					
mographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale					
ner					
encéphalogramme					
graphie, zone à préciser :					
, à préciser :					

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

la prescription :					
ent dispensé du					
de séances dispensées :					
ion du traitement :					

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

la prescription :	09/04/19	Date d'exécution :	09/04/19	600,00	
la prescription :		Date d'exécution :			

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

a prescription :	09/04/19	Date de délivrance :	09/04/19	245,90	
a prescription :		Date de délivrance :			
a prescription :		Date de délivrance :			
a prescription :		Date de délivrance :			
a prescription :		Date de délivrance :			

**AUTRES FRAIS DE SANTE**

on des frais facturés :	Prophylaxie Coeur + test de coagulation de Biostat Actiniques	09/06/18	1500,00 DHS	

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. T. EL ANADEL  
Bd. Mohammed VI - Casablanca  
Tél : 777 777 777



# 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**

**SLAUI 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 et épaissi 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 DE PATHOLOGIE  
IBN SINA  
Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim  
Roudani - Tél: 022 23 08 76 - Fax: 022 23 08 67  
Dr Amina EL HAMDAOUI RIFFI  
Anatomopathologiste