

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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 :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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 - 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° P19-0033124

Mⁿ = 28563

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Burelle Françoise ep. Slou
Date de naissance : 13/08/41
Adresse : Résidence Yasmine
45 Bd Ghazi D. D. Casablanca
Tél. : 066250695 Total des frais engagés : 2468,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :/...../.....
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 : 11/06/2020 Le :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-033124

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00868
Nom de l'adhérent(e) : Burelle F.
Total des frais engagés : 2468,20
Date de dépôt : 11/06/2020

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

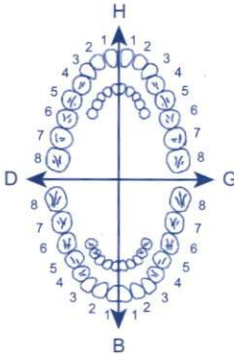
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			Coefficient des Travaux
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

DOCTEUR RACHID LARAKI

2 13/5/20

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

1^{er} Stani Borette
Fregene

120 box 3

Bipretax 1/1

196 box 2

Ceskor 1gr 1/12

6 mois

49 box

Cure Fata

1A - 1/3 mois

24 box 2

TARAXET

1gr a Seve

868.20

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-36-54-38

Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

Mme Slaoui Burette Françoise

Casablanca, le 13/05/2020

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Monitoring Cardiovasculaire	850,00 DH
ECG multiparamétrique + Scope	400,00 DH
Total	1800,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 800,00 DH
(Mille huit cents dirhams)

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

IF: 40701909 - INPE: 091092551- ICE: 001681227000058



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 26/05/2020

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	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	46,88	25,00		1	25,00	70	17,50
	13/05/2020	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	4,69			1	4,64	50	2,32
	13/05/2020	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	79,70			1	79,70	55	43,84
	13/05/2020	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	37,51			1	37,51	55	20,63
	20/05/2020	ETR : PHARMACIE	80,63			1	80,63	65	52,41
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20200526285009 -E							136,70

Montant total payé en Euros 136,70

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)

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 :20200526285009
Nom :SLAOUI Prénom :FRANCOISE		Destinataire :	MME BURETTE FRANCOISE
		Mode :	Virement SEPA
		Compte :	FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

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 : Sladon Burelle PRENOM : Francine DATE DE NAISSANCE : 13/07/47

Détails des actes médicaux

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

☒ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

Canche

13/5/20

☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

St Etienne

11/11/11

500

☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

Montpellier

11/11/11

800

☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

Paris

11/11/11

420

1800

CARDIOLOGIE

☐ Electrocardiogramme (ECG)

☐ Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)

Autre acte, à préciser :

ACTE(S) D'IMAGERIE

Radiographie, zone à préciser :

Radiographie panoramique

Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale

Scanner

IRM

Electroencéphalogramme

Echographie, zone à préciser :

Autre, à préciser :

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

Date de la prescription : 11/11/11

Acte dispensé du 11/11/11 au 11/11/11

Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 11/11/11

Date d'exécution : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date d'exécution : 11/11/11

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 13/05/20

Date de délivrance : 20/05/20

868,20

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

AUTRES FRAIS DE SANTE

Description des frais facturés :

Pharmacie EL ANDEL
Mme H. EL ANAKI
Bd. Abdelhak Ben Abdour
Tél. 022 20 12 20

MONITORAGE CARDIOVASCULAIRE **BP5 (ABI)**

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC
Bras D ^t	147	75	77	115	64	108	6,4
	174	74	62	88	80	118	8,1
	148	85	63	110	63	105	9,5
Moyenne	141	72	67	100	69	111	7,6
Bras G ^{che}							
Moyenne							

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC	IPS
Bras D ^t	114	84	57	125	84	118	6,3	1,10
Cheville D ^{te}	170	92	60					
Bras G ^{che}	147	77	60					1,58
Cheville G ^{che}	168	89	61					

CONCLUSION :

PA correcte FC normale

AOMI d'HTO

AOMI d'AOMI: II/1 normal

SpO₂ / perfusion cathéter normal.

PAS : PA Systolique - PAD : PA Diastolique - PAM : PA Moyenne - PP : PA Pulsée

VES : Volume d'Ejection Systolique (ml) - DC : Débit Cardiaque (l/min) - IPS : Index de Pression Systolique

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs- HTO : Hypotension orthostatique

DOCTEUR RACHID LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca- Maroc

Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

M. Mme

Casablanca le

Slaoui Burette, François

13.05/2020

EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1.020

SANG : ✓

PH : 5

PROTEINES : 0

NITRITE : ✓

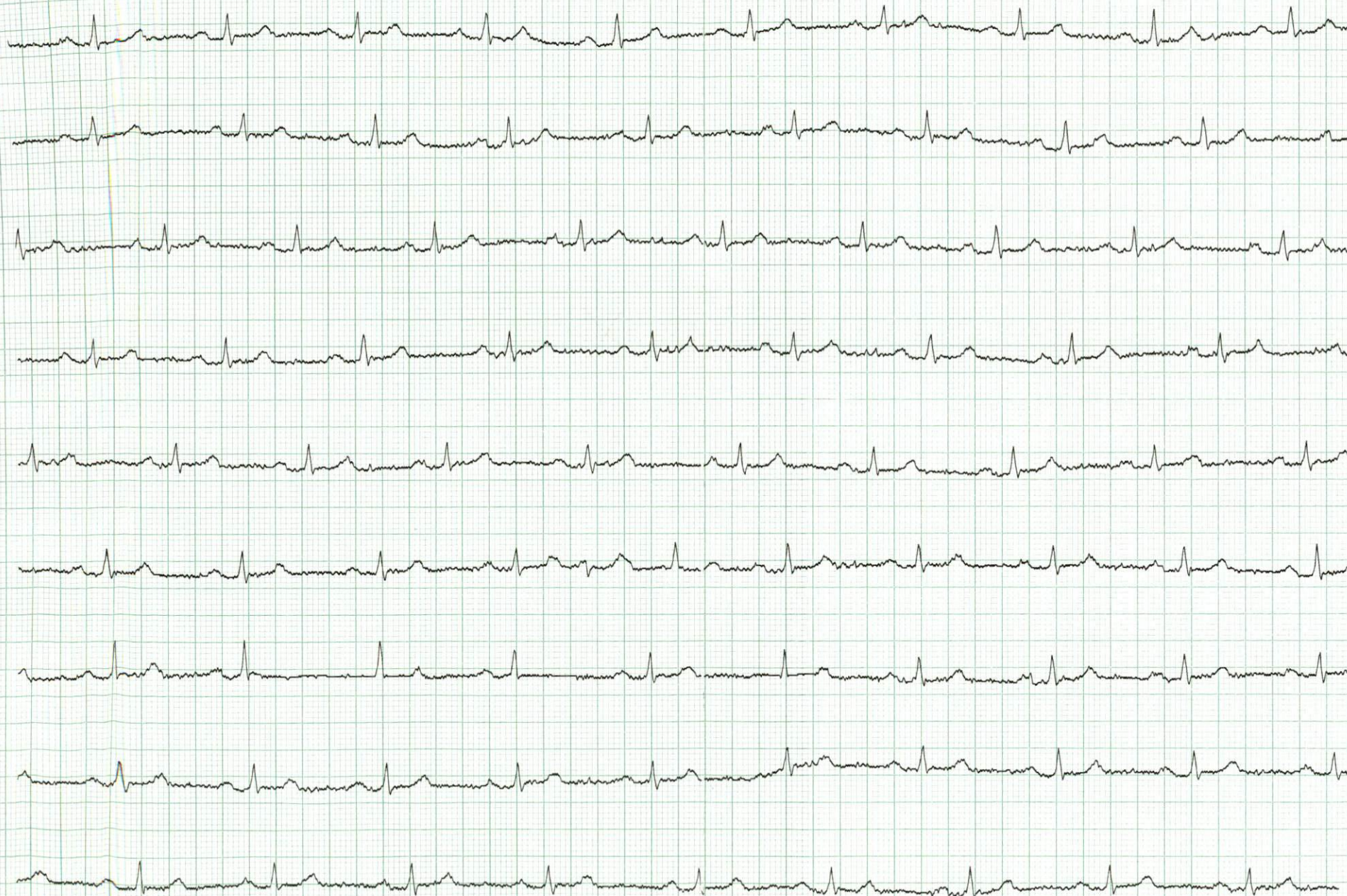
LEUCOCYTES : +

CONCLUSION :

الدكتور رشيد المراكشي
Dr Rachid LARAKI
Médecin Interne

طريقه 400 براهيم روداني - مراكش 20330
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

22::5



22::6

II

25 mm/s

10 mm/mV Di ??.

Dr Rachid LARAKI

Art. No. 2.157.012

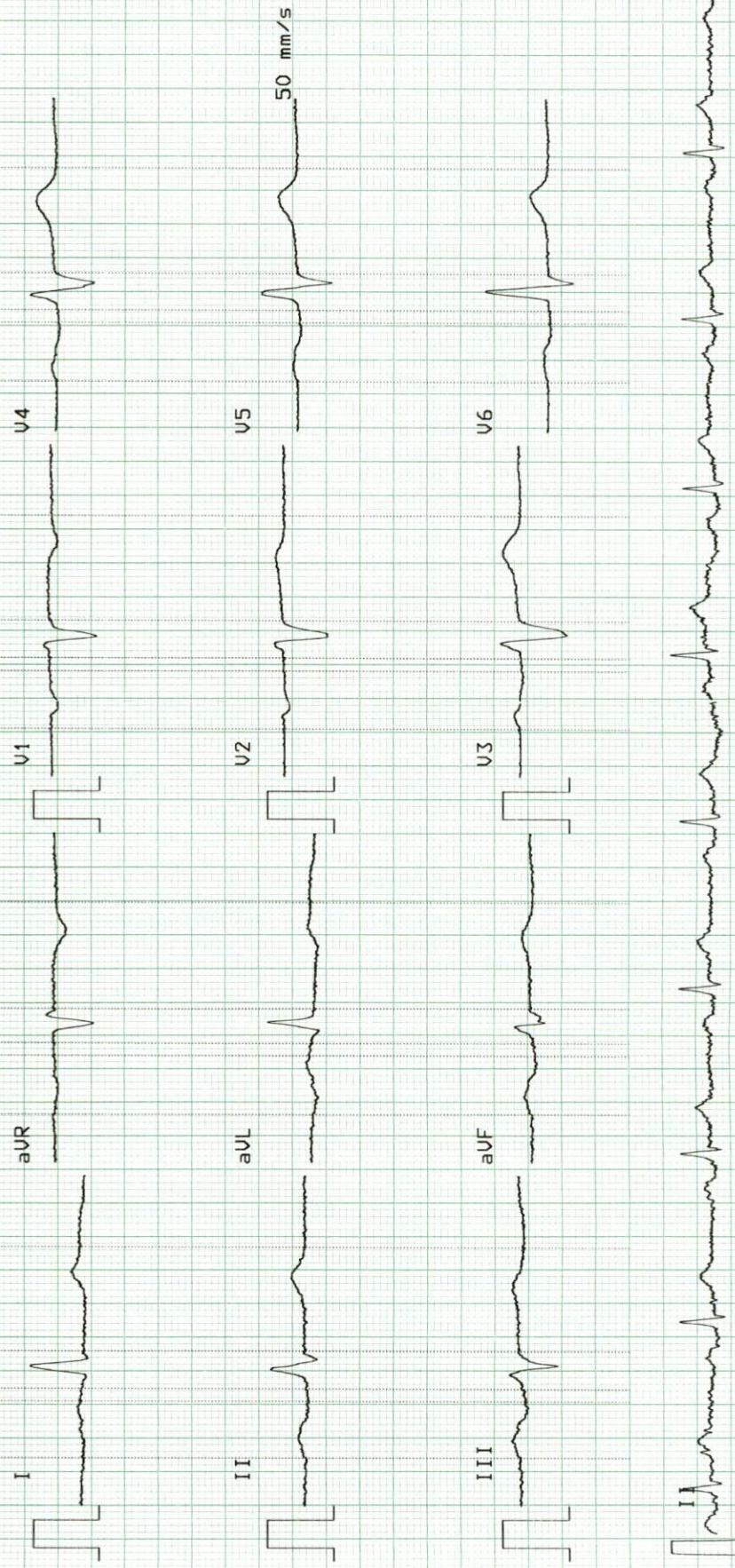
Nom pat. :
No pat. :
Né :
Age :
Sexe :
Taille :
Poids :
PA :
Med. :
Rem. :

Di ?? : ?? : ?? : ?? : ?? : ??

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
P (mV)	0.09	0.12	0.13	-0.06	0.11	0.12	-0.10	-0.08	0.08	0.07	0.07	0.07
Q (mV)	-0.04	-	-	-0.59	-0.10	-	-	-	-	-	-	-
Qd (ms)	28	-	-	48	26	-	-	-	-	-	-	-
R (mV)	0.79	0.54	0.18	0.11	0.66	0.27	0.08	0.13	0.30	0.40	0.55	0.95
Rd (ms)	42	58	36	20	42	44	26	30	52	58	58	72
S (mV)	-0.07	-0.14	-0.54	-0.02	-	-0.17	-0.70	-0.66	-0.68	-0.54	-0.48	-0.35
Sd (ms)	30	22	42	10	-	36	70	64	58	48	42	36
R'd (mV)	-	0.05	0.06	-	-	0.05	-	-	-	-	-	-
S'd (mV)	-	12	14	-	-	14	-	-	-	-	-	-
S'd (ms)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J (mV)	-0.02	0.02	0.05	0.00	-0.03	0.03	0.00	0.01	0.02	0.03	0.02	0.02
ST (mV)	-0.01	0.03	0.06	0.00	-0.03	0.04	0.01	0.03	0.06	0.07	0.04	0.02
T (mV)	-0.04	0.01	0.16	0.02	-0.08	0.17	0.03	0.12	0.27	0.32	0.30	0.29
T' (mV)	0.18	0.23	-0.02	-0.19	0.07	0.00	-0.12	-0.01	0.01	0.03	0.02	-

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

25 mm/s

0.05-35 Hz F50

SBS AT-10 C 4.02

Dr Rachid LARAKI

Art. No. 2.157.012

Nom pat. : *Sloumi* FC: 60/min

No pat. : *Burette* Intervalles:

Né : *Frangos* RR 1005 ms

Age : P 174 ms

Sexe : PQ 212 ms

Taille : cm QRS 112 ms

Poids : kg QT 430 ms

PA : mmHg QTC 430 ms

Med.: Axes:

Rem.: P 25 °

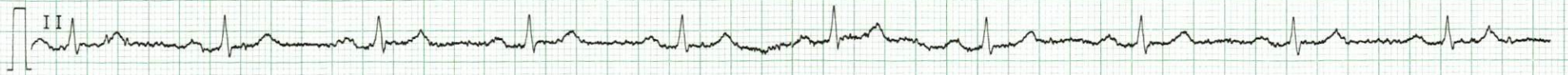
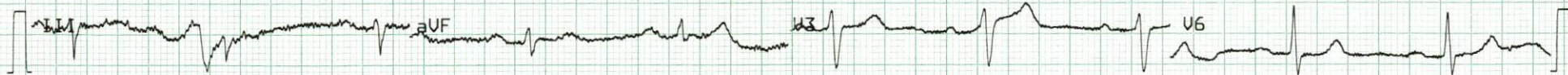
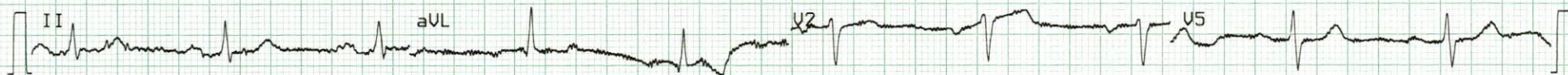
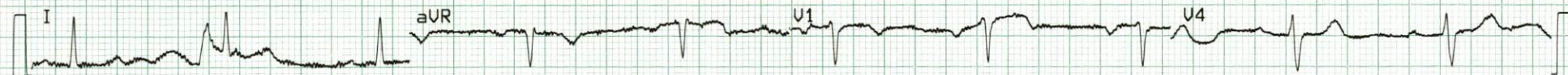
QRS 11 °

T 55 °

Di ??.

10 mm/mV

10 mm/mV



10 mm/mV

25 mm/s

0.05-35 Hz F50

SB5

AT-10 C 4.02

Dr Rachid LARAKI