

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.

Education :

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

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 - 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

m³ = 28563

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bunette, Frévorine ep. Slaoui

Date de naissance :

13/08/41

Adresse :

Résidence Yasmine
45 Bd Ghazi Di Ouf D es Sablons

Tél :

0662 50 695

Total des frais engagés : 2468.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 01/06/2020

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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) : Bunette, F.

Total des frais engagés : 2468.20

Date de dépôt : 11/06/2020

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 - RADIGRAPHIES

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

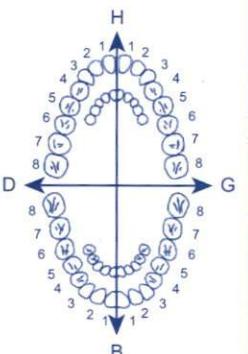
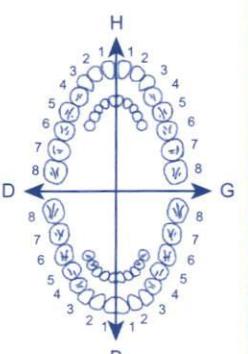
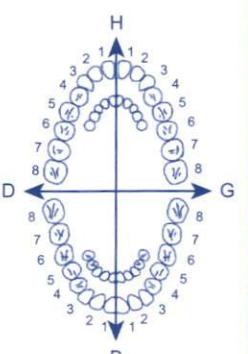
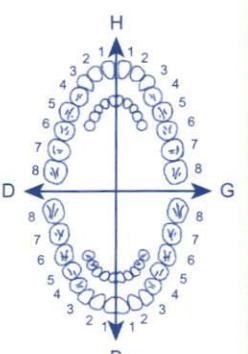
VOLET ADHERENT

ASIECO

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX						
										
										
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE						
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;">H 25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>B 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000									
D 00000000	B 00000000									
35533411	11433553									
				MONTANTS DES SOINS						
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS						
				DATE DE L'EXECUTION						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E						

DOCTEUR RACHID LARAKI

le 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^e S. Laraki Burlette
Fregnan

126, box 3

Bipretex 11;

196, box 2

Cesilon 1g/1l/2

49, box

Cure Fata

1A - 13 mes

24, box 2

TARAXET

1gr en Série

868.20

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

Dr Rachid LARAKI
Medecine Interne
Rachid.Laraki@wanadoo.fr



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
Monitorage 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

100, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07



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 26/05/2020

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

Assuré	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	Réglement	Référence : 20200526285009
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	Mode : Virement SEPA 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) :

241087654005384

IQM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

13/08/61

Prénom :

Françoise

Lieu où ont été dispensés les soins :

Dewe

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

IQM (en capitales) :

Date de naissance :

13/08/61

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non ⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

Oui

Non

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

Oui

Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet avant-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)

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, de fraude ou fausses déclarations exposant 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 du complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements 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 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 RUELLES - France

Signature : 

ENVOI D'UNE FEUILLE 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^{ère} 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

Identité du malade : NOM : Slaoui Barreli PRENOM : Mahnour DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

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

Larck

13/5/20

.....

Généraliste Spécialiste
 Au cabinet / En établissement Au domicile

St Et J

13/1/20

500

Généraliste Spécialiste
 Au cabinet / En établissement Au domicile

Mon Superm

13/1/20

50

Généraliste Spécialiste
 Au cabinet / En établissement Au domicile

ecce + rythme

13/1/20

420

Généraliste Spécialiste
 Au cabinet / En établissement Au domicile

Dok

13/1/20

1800

CARDIOLOGIE

Electrocardiogramme (ECG)

.....

13/1/20

.....

Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)

.....

13/1/20

.....

Autre acte, à préciser :

.....

13/1/20

.....

ACTE(S) D'IMAGERIE

Radiographie, zone à préciser :

.....

13/1/20

.....

Radiographie panoramique

.....

13/1/20

.....

Mammographie : Unilatérale Bilatérale

.....

13/1/20

.....

Scanner

.....

13/1/20

.....

IRM

.....

13/1/20

.....

Electroencéphalogramme

.....

13/1/20

.....

Echographie, zone à préciser :

.....

13/1/20

.....

Autre, à préciser :

.....

13/1/20

.....

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

date de la prescription : 13/1/20

élément dispensé du 13/1/20 au 13/1/20

nombre de séances dispensées :

description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

date de la prescription : 13/1/20

Date d'exécution : 13/1/20

date de la prescription : 13/1/20

Date d'exécution : 13/1/20

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 20/10/20

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

PHARMACIE / FOURNISSEUR

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 20/10/20

868,20

Pharmacie El Mina
Bd. Abdellatif Ben Boudour
Tél: 022-5411460

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

.....

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

.....

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

.....

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

.....

date de la prescription : 13/1/20

Date de délivrance : 13/1/20

.....

AUTRES FRAIS DE SANTE

description des frais facturés :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MONITORAGE CARDIOVASCULAIRE

BP5 (ABI)

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC
Bras D ^t droite	147	75	77	127	64	108	6,4L
	124	74	62	86	60	116	5,8L
	148	55	63	110	63	107	9,5L
Moyenne	141	72	69	120	69	115	7,6L
Bras G ^{che} gauche							
Moyenne							

	PAS	PAD	Pouls	PAM	PP	VES	DC	IPS
Bras D ^t	114	84	57					
Cheville D ^{te}	110	92	60					7,0
Bras G ^{che}	147	75	60					7,5L
Cheville G ^{che}	168	89	61					7,5L

CONCLUSION : PA correcte fc normale

Alerte HTA

Adm d' AOMI DI normal

Spécificité fondamentale



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 13/05/2008

**EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE**

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1.020

SANG : ✓

PH : ✓

PROTEINES : 0

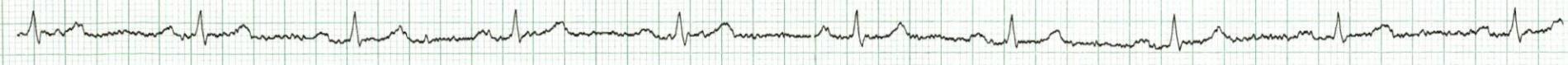
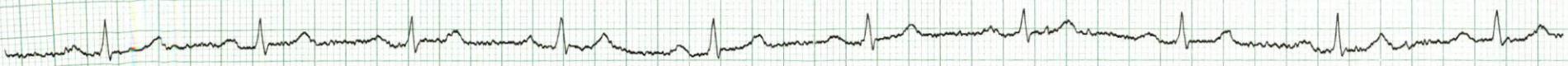
NITRITE : ✓

LEUCOCYTES : +

CONCLUSION :

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecin Interniste
Casablanca
05 22 98 16 69

22:5



22:6



II

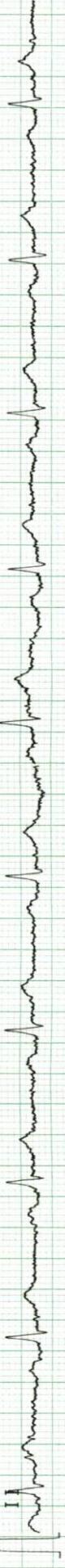
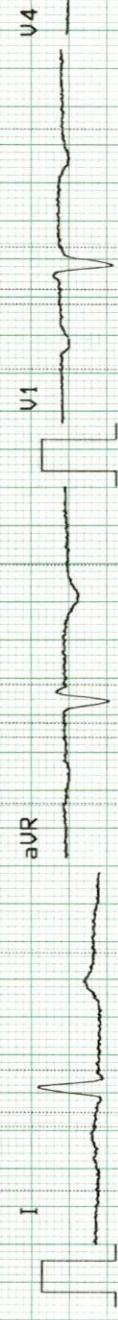
25 mm/s

10 mm/mV Di ?? E.?? Dr Rachid LARAKI

Art. No. 2.157.012

Nom Pat. :		I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
No Pat. :		(mV)	0.09	0.12	0.13	-0.06	0.11	0.12	-0.10	-0.08	0.08	0.07	0.07
Né :		Qd	-0.04	-	-0.59	-0.10	-	-	-	-	-	-	-
Age :		Rd	0.28	-	-	0.48	0.26	-	-	-	-	-	-
Sexe :		R'	0.79	0.54	0.18	0.11	0.66	0.27	0.08	0.13	0.30	0.40	0.55
Taille :	cm	Rd	0.42	0.58	0.36	0.20	0.42	0.44	0.26	0.30	0.52	0.58	0.72
Poids :	kg	Sd	-0.07	-0.14	-0.54	-0.02	-0.17	-0.42	-0.17	-0.20	-0.68	-0.54	-0.35
PA:	mmHg	R'd	0.30	0.22	0.42	0.10	-	0.36	0.70	0.64	0.58	0.48	0.42
Med. :		S'd	-	0.05	0.06	-	-	0.05	-	-	-	-	-
Rem. :		S'	-	0.12	0.14	-	-	0.14	-	-	-	-	-
Di ???.???.???:???:???		d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

10 mm/mV



10 mm/mV

25 mm/s

0.05-35 Hz

Art. No. 2.157.012

Dr Rachid LARAKI

Nom pat. : Slimane
No pat. : Burlette
Né :
Age :
Sexe :
Taille : cm
Poids : kg
PA: mmHg
Med.:
Rem.:

FC: 60/min

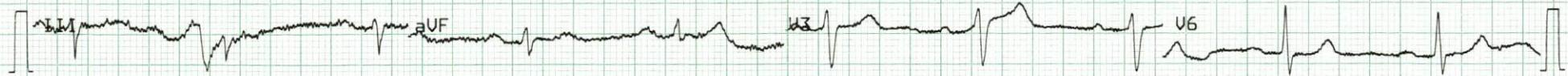
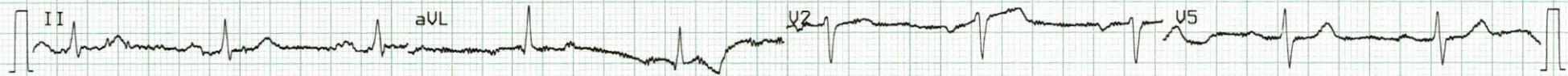
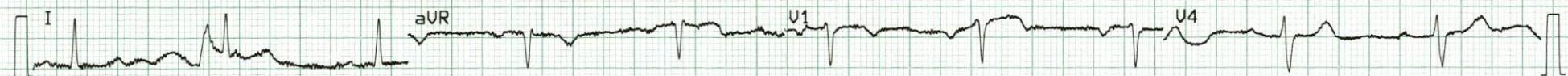
Intervalles:
RR 1005 ms
P 174 ms
PQ 212 ms
QRS 112 ms
QT 430 ms
QTc 430 ms

Axes:
P 25 °
QRS 11 °
T 55 °

Di ???.???.???.???:???:???

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