

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ③ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
 - l'ordonnance médicale,
 - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
 - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
 - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
 - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
 - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
- ④ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
- ⑤ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
- ⑥ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

⑩ En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

réf : 14/0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين وإيداع التاميف اطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

Police N° 06/10

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

المقرية للتأمين
ATLANTA LEASING
St. Angèle - Rose Pined Rd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : (212) 522.42.95 (L.G.) / Fax : (212) 522.42.95.02
Tél : (212) 520.42.95.95 (L.G.) / Fax : (212) 520.42.95.02

N° de police :

N° d'adhérent :



A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : BENKIRANE HAMID

Prénom du patient (e) : HAMID

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : 701 7875

Montant des frais exposés (en DH) : 2034,00

A : CASABLANCA le 10/12/2019 Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : M. BELKIRANE Hamid

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie (*) : Dysgnée

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

| PRATICIEN | DATE | NATURE DES AGES | COTATION | HONORAIRES | STAMPAGE ET CACHET DU PRATICIEN |
|--------------------------|------------|-----------------|----------|------------|---------------------------------|
| MEDICINS TRAITANTS | 06.12.2019 | 619 | 3 | 300 | |
| PHARMACIE | 06.12.19 | | | 89.00 | |
| ANALYSES / RADIOGRAPHIES | 06/12/19 | 8550+ | | 745.00 | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | PC 1.5 | | | |
| OPTICIEN | | | | | |

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

☐ DEVIS

Etabli le :

☐ EXÉCUTION

Commencé le :

Terminé le :

TRAITEMENT

PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse ou semestrie de l'ODF

Cotation

Coef.

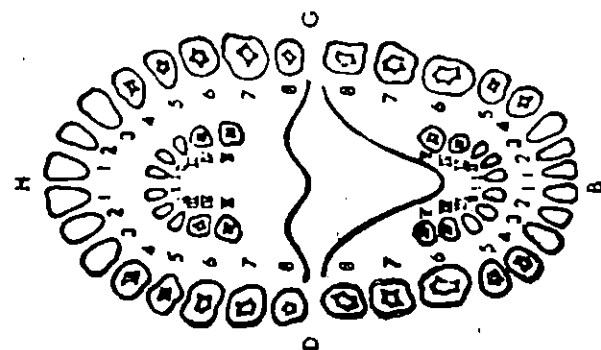
Nature de l'acte

Dents traitées

Date

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



COUT GLOBAL DES SOINS DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور المخلوف علي
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le 6.12.19 البيضاء في

Nom et Prénom : M Benkirane Hamid

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - γ .G.T. | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> VS, NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimers |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
☐ Microalbuminurie de 24 heures
☐ Cyto. Bac. des urines
☐ Ionogramme Urinaire

5, زنقة محمد عبدو - الشقة 2 - (الطابق الأسفل) - الهاتف : ع 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89 - م 0522.79.85.32
5, rue Mohamed Abdou - Appt n° 2 (R.C.) - Casablanca - Té. C. : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89 - D. : 0522.79.85.32
فاكس : 0522.22.62.97

89.00 DH

**ADDI
MAGNI**

isommer de préférence avai

25 07 21

300

GOÛT CITRON

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

COMPOSITION

| | par sachet | par boîte |
|-----------|------------|-----------|
| Magnésium | 300 mg | 6 g |

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 6 Décembre 2019

Mr Hamid BENKIRANE

1 - EN CAS DE SOINS DENTAIRES PRENDRE AMOXIL 3 GRAMMES PER OS 1 heure avant les soins dentaires

2 - ADDITIVA MAGNESIUM

1 SACHET PAR JOUR X 10 J



PHARMACIE OLIVERI
Narjisse BENNANI
55A, Rue Othman Bnou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

Re Luch ^(S.P) Ech

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E :001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW007780000000180200001638

Facture N:

19 / 13828

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 06/12/2019

Suite aux Analyses Effectuées Le 06/12/2019

Sous La Prescription Du Docteur EL MAKHLOUF

Pour BENKIRANE HAMID

Ayant La Référence : KJ376

Organisme :



KJ376

Bilan :

CREA~AU~IONO~NFS~TROP

Cotation : B 550 + Prelevement

Montant Net : 745 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SEPT CENT QUARANTE CINQ DHS**

*Dr. El HAROUCHI Mohamed El
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel: 022-27.66.73 - Fax: 022-26-50-87*

N° règlement : 2020004211

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 06/12/2019

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2019.10328371

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2020

Date décision : 23/12/2019

Numéro RIB :

Reçu le : 13/12/2019

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|-----------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|--------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) / Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| (*) BIOLOGIE MEDICALE | 745.00 | 0.00 | 745.00 | 85.00 | 633.25 |
| ECHOGRAPHIE | 900.00 | 0.00 | 900.00 | 85.00 | 765.00 |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 85.00 | 255.00 |
| Pharmacie | 89.00 | 89.00 | 0.00 | 85.00 | 0.00 |
| Totaux | 2 034.00 | 89.00 | 1 945.00 | | 1 653.25 |
| Dossier n° : | | Règlement compagnie (Dhs) | | | 1 653.25 |

Observation(s) :

(*) ADDITIVA NR

Signature Adhérent(e)



PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

NOTE D'HONORAIRE

Mr Hamid BENKIRANE .

Le 06/12/2019

Consultation + ECG.....: 300,00 DHS.

Le 09/12/2019

Echodoppler cardiaque.....: 900,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 1200,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 09/12/2019

Mr BENKIRANE Hamid

ECHO DOPPLER CARDIAQUE

Dim.vgtd= 59

Dim.vgts= 29

%racc.= 50.8

Ep.ppvgt= 9.6

Siv td= 10

Dim.racine ao= 36

Dim.og.= 34

Ouv.sigm.ao= 26

Commentaires:

Oreillette gauche à 24 cm².

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection Simpson = 60%

Mitrale:

Prolapsus de P2 avec insuffisance mitrale grade 2

Le rapport E/A >1 m/s avec l'onde E = 1.10m/s.

Le gradient max est à 25 mmHg.

Aorte:

Fuite aortique minime

La Vmax = 1.17m/s.

L'ITV sous aortique = 19 cm

Tricuspide:

Insuffisance tricuspidiennne grade 1.

La pression artérielle pulmonaire systolique est à 30mmHg.

Conclusion:

Insuffisance mitrale grade 2 par prolapsus de P2

Fuite aortique minime

Oreillette gauche dilatée à 24 cm².

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection Simpson = 60%

Pression artérielle pulmonaire normale

Débit cardiaque normal

Preuve

Amorad
avant 8 h 00

3 g

Dr. EL MAKHLOUF
Professeur
5, rue Mohamed Abdou
Tél: 0522.29.81.55 / 59
Fax: 0522.22.62.97
Dom: 0522.79.85.32
GSM: 06 78 18 18 16

Plus
B