

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.

Rééducation :

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 - 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- 068855

Non spécifier complément

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03F21 Société : RAN 66042
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benckroun Farida
Date de naissance : 17/05/1952
Adresse : 3 Rue Mohamed Abdou
Tél : 0663275535 Total des frais engagés : 0

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Benckroun Hamid 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 : *adhe*

Le : 05 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : *Tandou*

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

À REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet du contractant : **MAAF LÉSSING**
57, Angier, Casablanca
Bd. Abdelmoumen
Tél: (212) 522.42.95.95 L.G. Fax: (212) 520.42.96.01

N° de police : **06 / 109**

N° d'adhérent : **044**

À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : **BEN KIRANE HAMIN**

Prénom du patient (e) : **HAMIN**

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : **Mariage**

Montant des frais exposés (en DH) : **13.530,00**

A : **CASABLANCA** le **06 / 02 / 2021** Signature de l'adhérent (e) : **R**

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :
IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>
Android : <http://www.atlanta.ma/android>
Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre : _____

Appréciation du médecin conseil : _____

AFMA
Accueil - 2 -
16 FEV. 2021
DEPARTEMENT DIM
Nawfal BOULAAROU

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

الذكتور مجيد لحلو

اختصاصي
في أمراض الجلد و الشعر
و الأظافر
الأمراض التناسلية
جراحة الجلد

علم التجميل

72, زنقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)
الطابق الثاني - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69
المحمول: 06 61 06 69 78

**SPECIALISTE
DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE**

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

C.S.M: 06 61 06 69 78

BACTOSPRAY
LOT: 191216A
EXP: 01 /2023
PPC: 138.00DH

M: 06 61 06 69 78
SABLANCA, le 26/08/2021

BENKI Rane

138,00
 (50,00) ① ② BEN KANE
 1 app x 3/1, solution
 cycloviral même : 2 tins
 1 app x 3/1, solution de zona
 fessier.
 502,00 ③ cycloviral 800 enf : 1 grande boîte
 1 c x 3/1, à la fin des repus de
 petit déjeuner, de déjeuner et du dîner.
 ④ Poliprane 1 g : 3 bts
 1 c x 3/1, à la fin des repus.
 du petit déjeuner et du dîner.
 Be à douze dragées : 3 boîtes
 52,80 ⑤ Be à douze dragées des repus
 1 boîte x 3/1, au milieu des repus
 ⑥ oest zone fessier : 1 bte de 14
 1 fessier/1 au coucher :
 853,00

CASABLANCA
Tel. 022253560

Nom et prénom du patient (e) : BENKI Rana Hamid

Age du patient (e) : 67 Ans Date des soins : 10/08/2021

Nature de la maladie(*) : *Peritonite = zone fœrale*

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 ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	20/02/2021	ce général	ce général	500 Au	Dr LACROIX 74 CABIN BLANCA TEL 0222333333
PHARMACIE	10/02/2021			853,00	ARMACIE OLVERI NEURON ARMACIE OLVERI
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					



AtlantaSanad
ASSURANCE

P

N° règlement : 2021017275

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 10/02/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00048691

Malade : Lui même

Déclaré le : 23/02/2021

Date décision : 24/02/2021

Numéro RIB :

Reçu le : 18/02/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	853.00	0.00	853.00	85.00	725.05
(*) CONSULTATION DE SPECIALISTE	500.00	200.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	1 353.00	200.00	1 153.00		980.05
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			980.05

Observation(s) :

(*) REGLEMENT SUIVANT CLAUSES CONTRAT

Signature Adhérent(e)

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 l'en° A-A-101/2014

ref : 14 / 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

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

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Sachet de la Rue Casablanca
57, Angle de la rue Casablanca
Bd. Abdelmoumen
Tél : (212) 522.42.95.95 L.G. Fax : (212) 520.42.96.02
Tél : (212) 520.42.95.95 L.G. Fax : (212) 520.42.96.02

N° de police : 26/109
N° d'adhérent : 044

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 : MARI
Montant des frais exposés (en DH) : 1009,00
A : Casablanca le 19/2/2021 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :
iOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams - P.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BENKIRANE Hamid

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie (*) : intoxication

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 ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	06/02/21				
PHARMACIE	06/02/21			944,90	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	10 FEV. 2021	Buot PC 1.5		85,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

PHARMACIE LES IRISSES SARL
164, Bd d'Anfa Angle Rue
Molire-Casablanca
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Fax: 05 22 27 66 24

Laboratoire
HAROUCHI MOHAMED
105, rue Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Fax: 05 22 27 66 24

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

Etabli le :

☐ EXECUTION

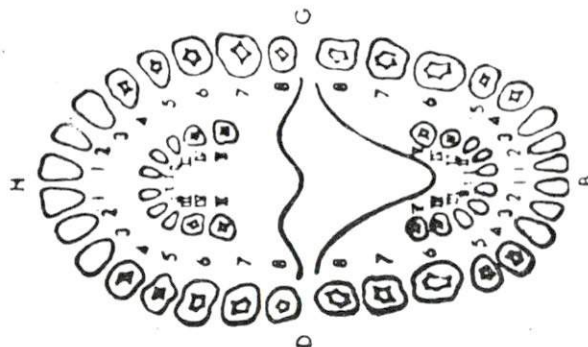
Traitement

Commencé le :

Terminé le :

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

Date
Dents
traitées

Nature
de l'acte

Coef.

PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse
ou semestre de l'ODF

Cotation

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



AtlantaSanad
ASSURANCE

4

N° règlement : 2021018941

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 06/02/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00061631

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/03/2021

Date décision : 02/03/2021

Numéro RIB :

Reçu le : 24/02/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	65.00	0.00	65.00	85.00	55.25
Pharmacie	944.90	0.00	944.90	85.00	803.16
Totaux	1 009.90	0.00	1 009.90		858.41
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		858.41

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bactériologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 10/02/2021 à 08:26:24

Edition du : 10/02/2021



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : LA123

Dr. EL KHAOUDI

Page : 1/1

HEMOSTASE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine (AVK) .. :	<15	0% (25 à 35)	
INR	>7		
Anticoagulant pré et post opératoire.. : (1.5 à 3)			
Prophylaxie des thromboses veineuses.. : (2 à 3)			
Phlébite, Embolie .. : (2 à 4)			
Prophylaxie Artérielle, valve cardiaque: (3 à 4.5)			

18/01/2021

Dr. EL HAROUCHE Mohamed
Laboratoire d'Analyse
Médicale - LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE
مصحة القلب والشرايين فرانس فيل

Casablanca le 06/02/2021

MR, BENKIRANE HAMID.

Dr. 202

Le 10/02/2021
Hervé

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Salah
Laboratoire d'Analyses Médicales
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tél: 022-27.66.73 - Fax: 022-26.50.87

Anesthésiste-Réanimation
Dr. EL HAROUCHI Mohamed Salah

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL 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 : ATW(BCM)00778000000018020

Date : 10/02/2021

Facture N: 21 / 1486

INPE : 093
IF : 4180

Suite aux Analyses Effectuées Le 10/02/2021
Sous La Prescription Du Docteur EL KHAOUDI
Pour BENKIRANE HAMID
Ayant La Référence : 21210826242
Organisme : LA123



Bilan :

~TP1

Cotation : B 40 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 65 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SOIXANTE CINQ DHS

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Salah
Laboratoire d'Analyses Médicales
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tél: 022-27.66.73 - Fax: 022-26.50.87



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصححة القلب والشرابين فرانس قیل

Clinique Franceville

Département anesthésie réanimation Cardiovasculaire

Casablanca le : 06/02/2021

PRESCRIPTION MEDICAL DE SORTIE

Mr : BENKIRANE HAMID

1-Oedes 20 mg 1 gl / j le soir

2-Aclav 1 g 1 sachet x 3 / j pdt 7 js

3-Muxol sirop 1 cas x3 / j

4- Sintrom 4 mg $\frac{3}{4}$ cp / j a 20 h pdt 2 mois (plastie mitrale) 5x20[€]

5- Ferplex 1 amp buvable x2 / j main , soir

6-Crestor 10 mg 1 cp / j / j le soir

7-Doliprane 1 g x 3 / j pdt 3 j

8-Lasilix 40 mg 1 cp / j

9-Kcl sirop 1 cas x 3 / j

10-Cordaron 200 mg 2 cp / j matin

11) Lactulose sirop 1 cas x 3 / j
12) Atarax 25 mg 1 / 2 cp / j le soir

RDV AU CABINET DR BENCHEKROUNE DRISS

52,80

187,00

38,80

5x20[€]

3x60,00

185,70

14,00

34,60

24,60

89,70

37,70

944,90

PHARMALIE LES IRISSES SARL
164, Bd d'Anfa Angle Rue
Molère-Casablanca
Tél Professionnel : 35621813
C: 250421 C.F. 20450642

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Patente : 34776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC

RECOMMANDATIONS GENERALES

2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

- 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.

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.).

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

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.

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.

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

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 l'en° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V 0506



A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

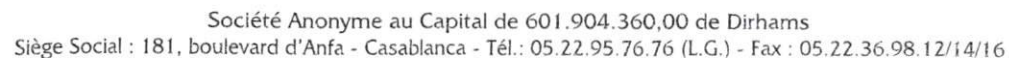
Cachet de la contractante

N° d'adhérent : 044

A: CH 811 le 12/02/2024 Signature de l'adhérent (e) :

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

Appréciation du médecin conseil



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Bouksine Hamid

Age du patient (e) : _____ Date des soins : _____

Nature de la maladie (*) : Plaque muqueuse

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 ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	18 FEV. 2021	C2+EL		300,00	<i>[Signature]</i>
PHARMACIE	18/02/2021			505,76	<i>[Signature]</i>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	19/02	B1030		1390,28	<i>[Signature]</i>
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

Etabli le : _____

☐ EXÉCUTION

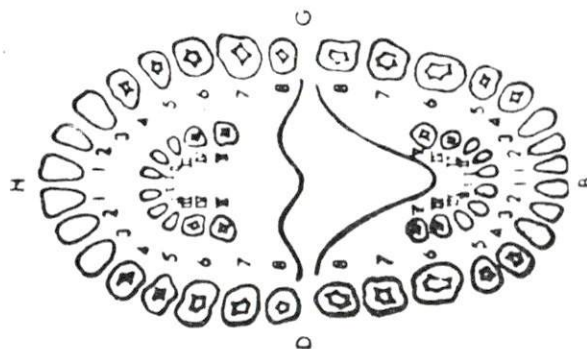
Traitement

Commencé le : _____

Terminé le : _____

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

PROTHESE ET ODF

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coef.

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



AtlantaSanad
ASSURANCE

9

N° règlement : 2021018941

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 18/02/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00061632

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/03/2021

Date décision : 02/03/2021

Numéro RIB :

Reçu le : 24/02/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	505.70	0.00	505.70	85.00	429.84
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
BIOLOGIE MEDICALE	1 390.20	0.00	1 390.20	85.00	1 181.67
Totaux	2 195.90	0.00	2 195.90		1 866.51
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 866.51

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

Docteur **BENCHEKROUN** **DRISS**
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE
CARDIOLOGUE
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
 DE CARDIOLOGIE
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرون ادريس
 خريج كلية الطب بتولوز
 اختصاصي في أمراض القلب
 والشرائين
 بالميعاد

Casablanca, le 18 FEB. 2021

PHARMACIE OLIVERI
Narjisse BENNANI
 55A, Rue Othman Affan Casablanca
 Tél: 05 22 27 30 37 / 27 27 27

Benkirane
 Hamid

Sinaron J₁ J₂ 1/2 4'

J₃ 3/4 4'

de Control
 JWR

trait
 d'un
 morion

Aldactazone 141 le week -

Cordarone 141

57 1/2
 (Jauf - la Dim)

Crestor 10 : 191

Ferplex 1 aut bw x 2 1/2

Doliprane

mon 2

PHARMACIE BEN OMAR
 Résidence BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE B-4 MAARIF - CASABLANCA
 Tél: 05 22 25 06 06 / 05 22 23 22 67 - FAX : 05 22 23 22 67 - URGENCE : 06 61 14 46 25
 Email : benchekroundriss@hotmail.com



Casablanca, le 18 FEB. 2021 الدار البيضاء في

M. BENKILANE
Hamid

SANG

Lignées sanguines

- ☒ NFS
☒ Plaquettes

- ☒ Vs
☐ CRP

Lipides

- ☒ Cholestérol Total
☒ Cholestérol HDL/LDL
☒ Triglycérides

Femine

Diabétologie

- ☒ Glycémie

- ☐ HbA1c

Ionogramme

- ☒ Créatinine
☐ Clearance créatinine

- ☒ Acide Urique
☒ Iono complet

Hépatologie

- ☒ Transaminases
☐ Gama GT

- ☐ Ag HBs
☐ Ac anti HVC

Enzymologie
Cardiaque

- ☐ Troponine I
☐ CPK
☐ CPK Mb

- ☐ BNP
☐ D-Dimères
☐ LDH

Hémostase
Coagulation

- ☐ TP + INR
☐ TCA

- ☐ A.T. III

Thyroïde

- ☒ TSHus

Autres

- ☐ PSA

URINES

- ☐ Micro albuminurie/24
☐ Protéinurie/24
☐ E.C.B.U

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAARIF - CASABLANCA
Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
INPE N° : 091021618

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73 Fax : 022-27.66.24
ICE:001543075000027- RC:1631-Pat :34201990- CNSS:128091 - IF:41802740
INPE.09300180 RIB : ATW007780000000180200001638

Facture N:

21 / 1894

Date :
20/02/2021

Suite aux Analyses Effectuées Le 19/02/2021

Sous La Prescription Du Docteur BENCHEKROUN D
Pour BENKIRANE HAMID

ayant La Référence 21219939552

Organisme : LA490



Bilan :

~NFS~CHOL~HDL~LDL~TRI~GLY~CREA~TGO~TGP~TSH~VS~FERRI~IONO~A

Cotation : B 1030 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 1390.2 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE TROIS CENT QUATRE VINGT DIX DHS et 20CTS

NFS	80	VS	30
CHOL	30	FERRI	200
HDL	40	IONO	160
LDL	40	AU	30
TRI	60		
GLY	30		
CREA	30		
TGO	50		
TGP	50		
TSH	200		

Dr. EL HAROUCHI MACHREU
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel: 022 27 66 73 - Fax: 022 27 66 24

مختبر التحليلات الطبية لبومديك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 19/02/2021 à 09:39:55

Edition du : 19/02/2021



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : LA490

Dr. BENCHEKROUN D

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			Homme	
* Hémoglobine.....	10.4	g/dl	(14 à 17)	14.8 : 18/01/2021
* Hématocrite.....	30.7	%	(40 à 52)	42 : 18/01/2021
* Globules rouges.....	3.45	M/mm3	(4.5 à 5.9)	4.47 : 18/01/2021
* VGM.....	89	μ3	(80 à 95)	94 : 18/01/2021
CCMH.....	34	pg	(28 à 36)	35 : 18/01/2021
TCMH.....	30	%	(28 à 36)	33 : 18/01/2021
Plaquettes.....	298000	/mm3	(150000 à 350000)	179000 : 18/01/2021
Globules blancs.....	4900	/mm3	(4000 à 10000)	6130 : 18/01/2021
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires Neutrophiles:	72	%	(50 à 75)	52 : 18/01/2021
soit.....	3528	/mm3	(2000 à 7500)	
Polynucléaires éosinophiles:	2	%	(1 à 3)	2 : 18/01/2021
soit.....	98	/mm3	(< = à 400)	
Polynucléaires basophiles...	0	%	(< = à 1)	3 : 18/01/2021
soit.....	0	/mm3	(< = à 150)	
* Lymphocytes.....	19	%	(20 à 45)	30 : 18/01/2021
* soit.....	931	mm3	(1500 à 4000)	
Monocytes.....	7	%	(2 à 8)	13 : 18/01/2021
soit.....	343	/mm3	(200 à 800)	
VITESSE DE SÉDIMENTATION				
* VS 1ère heure.....	90	mm	(< = à 10)	6 : 23/06/2020
* VS 2ème heure.....	132	mm	(< = à 20)	18 : 23/06/2020

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 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.
- 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.
- 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.).
- 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

ATLANTA

شركة التأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

REEMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 044

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : HAMID

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : MARI MEHE

Montant des frais exposés (en DH) : 7500,00 DH

A : CIARA le 06/02/2021 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

réf : 14/0102/V 0506



AtlantaSanad
ASSURANCE

8

N° règlement : 2021017275

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 28/01/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00048682

Malade : Lui même

Déclaré le : 23/02/2021

Date décision : 24/02/2021

Numéro RIB :

Reçu le : 18/02/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	7 500.00	0.00	7 500.00	85.00	6 375.00
Totaux	7 500.00	0.00	7 500.00		6 375.00
Règlement compagnie (Dhs)					6 375.00

Dossier n° :

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BENKIRANE HAMID
Séjour : Du 28/01/2021 au 28/01/2021

FACTURE
202100755
Du : 28/01/2021

Etablie par : B. Aziza

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CORONAROGRAPHIE	1	7 500,00	7 500,00
TOTAL CLINIQUE			7 500,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.

Arrêtée la présente facture à la somme de SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	7 500,00





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرابين فرانس فيل

Casablanca le, 28/01/2021

M. BENKIRANE HAMID

indication d'une Coronarographie.
pré opératoire, le patient, sera
pour intervention à cœur ouvert
sous CEC.



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرانس قیل Casablanca 28/04/2021

CORONAROGRAPHIE

PATIENT : BENKIRANE HAMID
OPERATEUR : Dr LOUAHABI
CORRESPONDANT : DR BENCHEKROUN Driss

Voie d'abord: Radiale droite 5 F

Ctes Hémodynamiques:

Fréquence cardiaque: 70 /min

Rythme cardiaque : Rythme sinusal

Aorte (s/d-m) mmHg: 140/ 70 mmHg

Angiographie coronaire:

Réseau coronaire gauche :

. Le tronc commun est de calibre normal sans lésion significative.

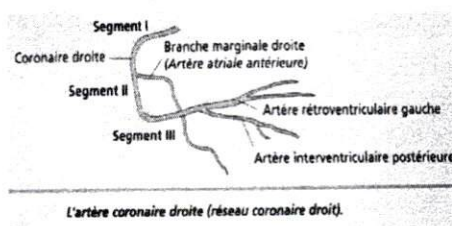
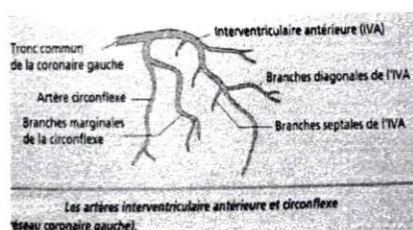
. L'artère inter ventriculaire antérieure est de calibre normal, athéromateuse sans lésion significative le long de son trajet, donnant des diagonales et des septales indemnes de lésion. Lésion non significative à 30% au niveau du segment proximal de l'IVA.

. L'artère circonflexe est une artère de calibre normal sans lésion significative donnant de belles marginales avec une belle distalité.

Réseau coronaire droit :

. L'artère coronaire droite est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant l'IVP et la RVG.

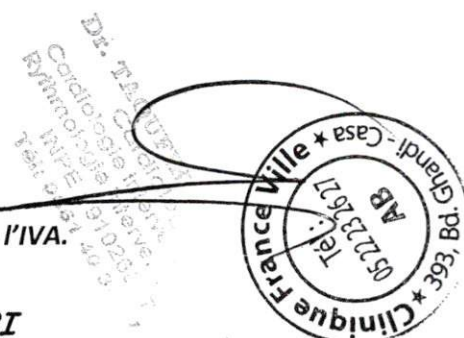
Conclusion :



Réseau coronaire sans lésion significative.

Lésion non significative à 30% au niveau du segment proximal de l'IVA.

Signé : Dr LOUAHABI



VISIONPACS

Allura Centron
Im 1+C 5.1
Exam HIS521613414290
Frame: 28

Allura Centron

Im 9 S 8

Exam HIS521613414290

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h40m12

VISIONPACS

Allura Centron
Im 2+C 5.2
Exam HIS521613414290
Frame: 34

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h35m01

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
RAD: 3.9° | CAU: 30.7°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 16 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 3+C 5.3
Exam HIS521613414290
Frame: 31

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
RAD: 35.6° | CRA: 26.4°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 15 v/s

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h40m58

VISIONPACS

Allura Centron
Im 4+C 5.4
Exam HIS521613414290
Frame: 28

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h41m1

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
LAD: 6.7° | CRA: 27.9°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 15 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 5+C 5.5
Exam HIS521613414290
Frame: 32

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
LAD: 27.1° | CRA: 29.7°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 15 v/s

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h41m22

VISIONPACS

Allura Centron
Im 6+C 5.6
Exam HIS521613414290
Frame: 28

clinique francville
BENKIRANE HAMID
HIS55787
28/01/2021
15h44m12

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
LAD: 23.3° | CAU: 36.8°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 16 v/s

CORONAROGRAPHIE

Compressée avec perte
Obturbateur rectangulaire
LAD: 31.0° | CAU: 3.7°
CORONAROGRAPHIE / Aut. cor. qche 16 v/s

WWW 256
WWW 256
WWW 128



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصححة القلب والتشريحيين فرانس قیل Casablanca 28/03/2021

CORONAROGRAPHIE

PATIENT : BENKIRANE HAMID
OPERATEUR : Dr LOUAHABI
CORRESPONDANT : DR BENCHEKROUN Driss

Voie d'abord: Radiale droite 5 F

Ctes Hémodynamiques:

Fréquence cardiaque: 70 /min

Rythme cardiaque : Rythme sinusal

Aorte (s/d-m) mmHg: 140/ 70 mmHg

Angiographie coronaire:

Réseau coronaire gauche :

. Le tronc commun est de calibre normal sans lésion significative.

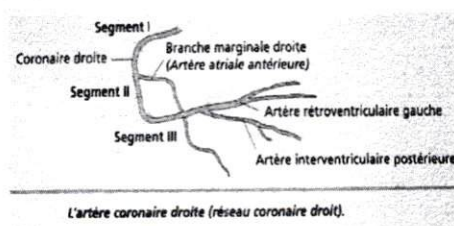
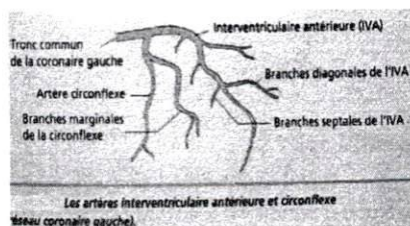
. L'artère inter ventriculaire antérieure est de calibre normal, athéromateuse sans lésion significative le long de son trajet, donnant des diagonales et des septales indemnes de lésion. Lésion non significative à 30% au niveau du segment proximal de l'IVA.

. L'artère circonflexe est une artère de calibre normal sans lésion significative donnant de belles marginales avec une belle distalité.

Réseau coronaire droit :

. L'artère coronaire droite est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant l'IVP et la RVG.

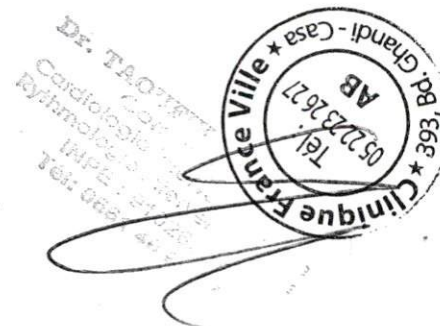
Conclusion :



Réseau coronaire sans lésion significative.

Lésion non significative à 30% au niveau du segment proximal de l'IVA.

Signé : Dr LOUAHABI



393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

24776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC

VISIONPACS

clinique francisville
BENKIRANE HAMID
HI555787
28/01/2021
15h40m24

Allura Centron

Im 9 S 8

Exam HI5521613414290

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
RAD: 3.9° | CAU: 30.7°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 3+C S 3
Exam HI5521613414290
Frame: 31

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
LAD: 6.7° | CRA: 27.9°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 5+C S 5
Exam HI5521613414290
Frame: 39

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
LAD: 26.8° | CAU: 36.8°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

CORONAROGRAPHIE

clinique francisville
BENKIRANE HAMID
HI555787
28/01/2021
15h40m24

VISIONPACS

Allura Centron
Im 2+C S 2
Exam HI5521613414290
Frame: 38

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
RAD: 35.6° | CRA: 26.4°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 4+C S 4
Exam HI5521613414290
Frame: 28

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
LAD: 27.1° | CRA: 29.7°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

VISIONPACS

Allura Centron
Im 5+C S 5
Exam HI5521613414290
Frame: 26

Compressée avec petite
Obliqueur rectangulaire
LAD: 31.0° | CAU: 3.7°
CORONAROGRAPHIE / Ant. cor. qche 15 v/s

clinique francisville
BENKIRANE HAMID
HI555787
28/01/2021
15h40m24

28/01/2021

18h35m01

19.3%
WW/255
WC/128

clinique francisville
BENKIRANE HAMID
HI555787
28/01/2021
15h40m24

19.3%
WW/255
WC/128

clinique francisville
BENKIRANE HAMID
HI555787
28/01/2021
15h44m12

WW/255
WC/128

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER C2102171A

NOM DU PATIENT M. BENKIRANE HAMID

MÉDECIN TRAITANT BENCHEKROUN Driss

PRISE EN CHARGE PAYANT ATLANTA

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 28/01/2021

DATE DE SORTIE 28/01/2021

