

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.

Diologie 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.

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



Maladie

Dentaire

N° P19-

068855

Non prélevé complément

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05F21

Société : RAN 66412

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benkira Ben Abdellah

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Mohamed Abdellah

Tél. : 0663275535

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benkira 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 :

Le : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Taoud

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

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

➊ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

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

➌ 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.

➍ 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.

➎ 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.).

➏ 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.

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

➑ 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.

➒ 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.

➓ 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.

➔ 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).

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

➏ Les pièces justificatives des frais engagés transmises 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 len° A-A-101/2014

ref : 14/0102/V0506



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

FEUILLE DE SOINS

EXEMPLAIRE POUR LE SOUSCRIPTEUR	
MARQUE VERSEUR	
<p>Cachet de la compagnie contractante : 57, Avenue de la Kasbah, Casablanca Bd. Abdellmoumen Tél. : (212) 522.42.95.00 Fax. : (212) 520.42.95.00</p> <p>N° de police : 06/109</p> <p>N° d'adhérent : 044</p>	

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : HAMID

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : Mère de l'épouse

Montant des frais exposés (en DH) : 1353,00

A : Casablanca, le 01/02/2021 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



AtlantaSanad
ASSURANCE

8

N° règlement : 2021017275

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Déclaré le : 23/02/2021

Soin du : 10/02/2021

Sinistre n° : 040.2021.00048691

Date décision : 24/02/2021

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 transmises 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 len° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V 0506



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

FEUILLE DE SOINS

REmplir par le souscripteur

REmplir par l'adhérent (e)

N° de police : 261109

N° d'adhérent : 044

Cache de la carte de visite :
57, Angle de la Rue Firdaus et Saboura
Bd. Abdelmoumen
Tel. : (212) 522.42.95.95(L.G) / Fax. : (212) 520.42.96.02
Tel. : (212) 529.42.95.95(L.G) / Fax. : (212) 520.42.96.02

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 : M.1 M.1

Montant des frais exposés (en DH) : 100.00

DA : 2021/01/22

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.: 05.22.36.98.12/14/16
C.N.C.C. 1000100 - T.F. 1085127 - P.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 0015296600000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

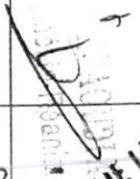
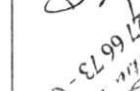
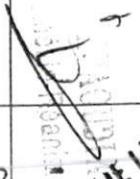
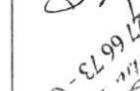
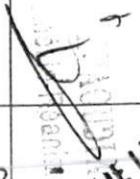
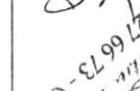
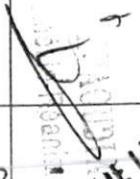
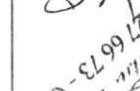
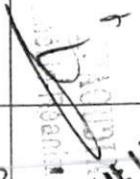
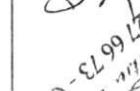
Nom et prénom du patient (e) : ROBERT HENRY HALL JR.

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

Nature de la maladie^(*) : ~~influenza~~ SEC

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	06/02/2021	coagul			      
PHARMACIE	06/02/21			944,90	      
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	10 FEV. 2021	B u o + PC 1,5		65,00	      
AUXILIAIRES MEDICALS					      
OPTICIEN					      

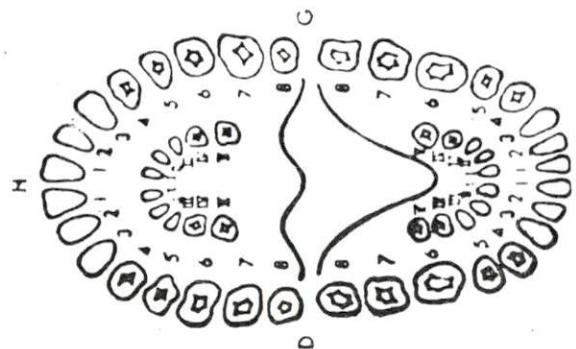
FEUILLE DENTAIRE

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

EXECUTION	Commencé le :
Traitemen	Terminé le :

SCHEMADENTAIRE

à remplir SVP)



COMITÉ GLOBALE DES SOINS

cou
DH :

DH:

100



AtlantaSanad
ASSURANCE

P

N° règlement : 2021018941

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02
Adhésion n° : 00000188
Malade : Lui même
Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 01/03/2021
Soin du : 06/02/2021
Sinistre n° : 040.2021.00061631
Date décision : 02/03/2021
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 التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحاليل الطبية

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

Édition 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 ₀₀ à 125 à 150	
INR	>7		18/01/2021
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)		

Dr. EL HAROUCHI Mohamed
Laboratoire d'Analyse
Médicale - LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tel: 05.22.27.66.24 / 27.66.73 - Casablanca



Casablanca le ٠٦/٠٢/٢٠٢١

MR. BENKIRANE HAMID

Dr. ANR

Le ١٠/٠٢/٢٠٢١

Merci de

Dr. EI HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Medical - LABOMEDIC
163, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tél: 022-27.66.73/24 - Fax: 022-26.50.87
I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW(BCM)00778000000018020

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 : 418C

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. EI HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Medical - LABOMEDIC
163, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tél: 022-27.66.73/24 - Fax: 022-26.50.87
I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW(BCM)00778000000018020



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس قيل

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	52,00
2-Aclav 1 g 1 sachet x 3 / j pdt 7 js	187,00
3-Muxol sirop 1 cas x3 / j	38,80
4- Sintrom 4 mg 3/ cp / j a 20 h pdt 2 mois (plastie ménitré)	5x20,50
5- Ferplex 1 amp buvable x2 / j main , soir	3x60,00
6-Crestor 10 mg 1 cp / j / j le soir	185,70
7-Doliprane 1 g x 3 / j pdt 3 j	16,00
8-Lasilix 40 mg 1 cp / j	34,60
9-Kcl sirop 1 cas x 3/ j	24,60
10-Cordaron 200 mg 2 cp / j matin	99,70
11) Lactulad 50g 1 cas Dr. EL HACHEM DRRISS Anesthésie Réanimation	37,70
12) Atorvast 20mg 1/2 40g le soir	944,90

RDV AU CABINET DR BENCHERKOUNE DRISS


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

PHARMACIE LES IRISSES SARL
164, Bd d'Anfa Angle Rue
Molère-Casablanca
Taxe Professionnelle 35621813
C. 25042 Casablanca 2045042

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 transmises 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 len° A-A-101/2014

ref : 14/0102/V/0506

ATLANTA
ASSURANCES

450

شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
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

MAROC LE 22/02/2021
57, Angle Rue
Bd. Abdelmoumen Casablanca
01215224295.95 LG/Fax : 012152041295
01215204295.95 LG/Fax : 012152041295

N° de police : 06/109
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 : Mère

Montant des frais exposés (en DH) : 201.90
A : 01487 le 22/02/2021 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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Pouysse Léonce

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) :

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances, p. 1618

(*) : 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 + ECR	3	300,00	DI BENCHERI Cardiologue Rés. BENCHERI, Rue BEN MESS, BP 33, Casablanca Tél. 0522 250666, 0522 2323237 Narjisse BENNANI PHARMACIE OLIVERI 55A, Rue Othmane Benou Aissa Casablanca 0522 273037 / 0522 273032
PHARMACIE	18/02/2021		505,70		
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	19/02	B1030		1390,20	Dr EL HAROUCHI Mohamed Laboratoire d'Analyses Médicales 462, Rue M'hamed VI Tél: 0522 276623 / 0522 276673 - Casablanca
AUXILIAIRES MEDICAUX	21/02	PL 115			
OPTICIEN					



AtlantaSanad
ASSURANCE

8

N° règlement : 2021018941

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02
Adhésion n° : 00000188
Malade : Lui même
Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 01/03/2021
Soin du : 18/02/2021
Sinistre n° : 040.2021.00061632
Date décision : 02/03/2021
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 BENCHERKOUN 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 شقرور ادريس
خريج كلية الطب بتولوز
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالمياد
Casablanca, le 18 FEV. 2021

الدار البيضاء في

(Dr Bencherkoun
Hamid

PHARMACIE OLIVERI
Narisse BENNANI
55A Rue Ethmane Affan Casablanca
Tel: 0522 27 30 57 / 0522 27 30 62

Siatour J₁ J₂ 1/2 q/j

J₃ 3/4 q/j à control INR

trub Aloclastazine 14/j le mat -

1/mu 8970 Corolarone 14/j 57/2 (sauf - la Dim)

Gregor 10 : 19/1

(60,00x6)
= 360,00 Ferflex 1 an + bw x 2/1

1/mu 56,00 Doliprane 1 mois x 2
1/mu 12,00 PHARMACIE NARISSE BENNANI
RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFIS - IMMEUBLE B - MAARIF - CASABLANCA
Tel: 0522.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
Email : bencherkoundriss@hotmail.com

BENCHERKOUN DRISS
Cardiologue
الدكتور بن شقرور ادريس
خريج كلية الطب بتولوز
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالمياد
Casablanca, le 18 FEV. 2021

Docteur BENCHEROUN 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 شقرن ادريس
 ٦٥
 خريج كلية الطب بتولوز
 اختصاصي في أمراض القلب
 والشرايين
 بالبيضاء
 بالبيضاء

Casablanca, le 18 FEV. 2021 الدار البيضاء في

M. BENKIRANE
 Hamid

Fernhane

SANG

Lignées sanguines

NFS
 Plaquettes

Vs
 CRP

Lipides

Cholestérol Total
 Cholestérol HDL/LDL
 Triglycérides

HbA1c

Diabétologie

Glycémie

Acide Urique
 Mono complet

Ionogramme

Créatinine
 Clearance créatinine

Ag HBs
 Ac anti HVC

Hépatologie

Transaminases
 Gama GT

BNP
 D-Dimères
 LDH

Enzymologie
 Cardiaque

Troponine I
 CPK
 CPK Mb

A.T .III

Hémostase
 Coagulation

TP + INR
 TCA

Thyroïde

TSHs

Autres

PSA

URINES

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

Dr BENCHEROUN DRISS
 Résidence BEN OMAR - Rue Ibn NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
 N°PE : 091021618

اقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء

RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

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 : ATW00778000000180200001638

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 Pharmacien
Laboratoire d'Analyses
Médicales (LAM) ALDI
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tel: 022-27.66.24 / 27.66.73 - Fax:

مختبر التحاليل الطبية لبومدick

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحاليل الطبية

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

Edition du : 19/02/2021



SDK6214

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	μ 3	(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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : DENKIRANE HAMID

Age du patient (e) : Date des soins : *18/04/2010*

Nature de la maladie^(*) : Anticoagulant

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

Transcriber: Paul Christie, indicates changes.

(*) : 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.



AtlantaSanad
ASSURANCE

8

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2021017275

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Déclaré le : 23/02/2021

Soin du : 28/01/2021

Sinistre n° : 040.2021.00048682

Date décision : 24/02/2021

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
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			
Observation(s) :		Signature Adhérent(e)			

Dossier n° :

Observation(s) :

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.I.

Arretée la presente facture à la somme de SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Patient	
Total TTC	7 500,00





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرانس فيل

Casablanca le, 28/01/2021

M. BENKIRANE HAMID

Indication d'une Coronarographie

pré opératoire, le patient prévu
pour intervention à cœur ouvert

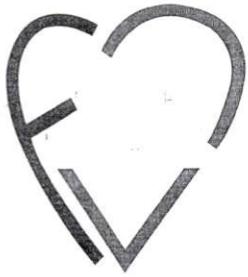
signe CEC.



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 فرنس قيل Casablanca 28/01/2021

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.*

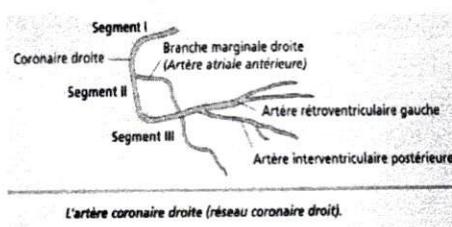
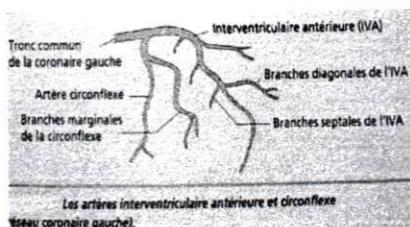
. *L'artère inter ventriculaire antérieure est de calibre normal, athéromateuse sans lésion significative le long de son trajet, donnant des diagonales et des septales indemnes de lésion. Lésion non significative à 30% au niveau du segment proximal de l'IVA.*

. *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.*

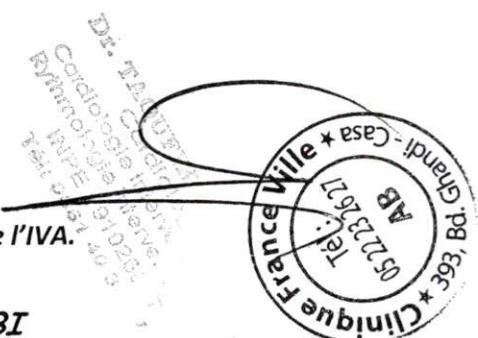
Conclusion :



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 S 1
Exam HIS521613414290
Frame: 28

Allura Centron
Im 9 S 8
Exam HIS521613414290

Compressée avec perte.
Obtuseur rectangulaire
RAO : 3.9° | CAU : 30.7°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

VisionPACS

Allura Centron
Im 34 C S 3
Exam HIS521613414290
Frame: 31

Compressée avec perte.
Obtuseur rectangulaire
LAO : 6.7° | CRA : 27.9°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

VisionPACS

Allura Centron
Im 5-C S 5
Exam HIS521613414290
Frame: 33

Compressée avec perte.
Obtuseur rectangulaire
LAO : 28.3° | CAU : 36.8°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

CORONAROGRAPHIE

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS55787

28/01/2021
15h40m24
Allura Centron
Im 2-C S 2
Exam HIS521613414290
Frame: 34

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
16h35m01

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS55787

19.3 % | 19.3 % | 19.3 %
WW: 125 | 125 | 125
RAO: 35.6° | CRA: 26.4° | CO: 12

VisionPACS

CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h41m

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS55787

19.3 % | 19.3 % | 19.3 %
WW: 255 | 255 | 255
LAO: 27.1° | CRA: 29.7° | CO: 12

VisionPACS

CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h44m12

clinique francophone
BENKIRANE HAMID
HIS55787

28/01/2021 | Allura Centron

15h41m27 | Im 5-C S 6

Exam HIS521613414290

Frame: 35

19.3 % | 19.3 % | 19.3 %
WW: 255 | 255 | 255
LAO: 31.0° | CAU: 3.7° | CO: 12

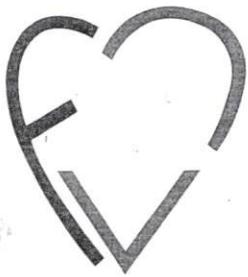
Compressée avec perte.

Obtuseur rectangulaire

CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

WW: 256

WC: 128



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشريان فرنس قيل Casablanca 28/01/2021

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:

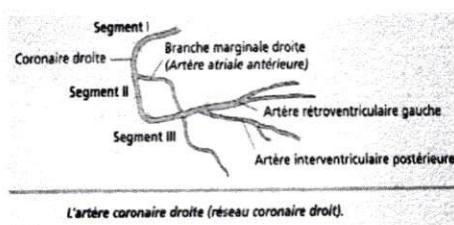
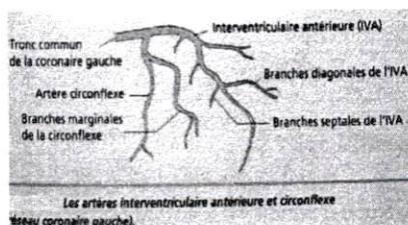
Réseau coronaire gauche :

- . 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.*

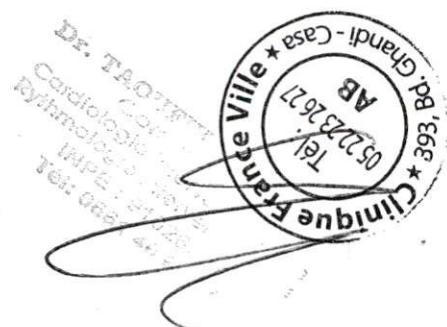
Conclusion:



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 1C S.1
Exam HIS21613414230
Frame : 28

Allura Centron

Im 9 S.8

Exam HIS21613414230

Compressée avec perte
Obturateur rectangulaire
RAO : 3.9° | CAU : 30.7°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

VisionPACS

Allura Centron
Im 3HC S.3
Exam HIS21613414230
Frame : 31

Compressée avec perte
Obturateur rectangulaire
LAO : 6.7° | CRA : 27.9°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

VisionPACS

Allura Centron
Im 5HC S.6
Exam HIS21613414230
Frame : 33

Compressée avec perte
Obturateur rectangulaire
LAO : 23.0° | CAU : 36.8°
CORONAROGRAPHIE / Art. cor. gache 15 i/s

CORONAROGRAPHIE

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h40m23
VisionPACS
Allura Centron
Im 24C S.2
Exam HIS21613414230
Frame : 34

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h40m23
VisionPACS
Allura Centron
Im 4+C S.4
Exam HIS21613414230
Frame : 28

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h41m23
VisionPACS
Allura Centron
Im 5+1C S.6
Exam HIS21613414230
Frame : 26

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
15h41m23
VisionPACS
Allura Centron
Im 5+1C S.6
Exam HIS21613414230
Frame : 26

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
18h35m01
VisionPACS
Allura Centron
Im 24C S.2
Exam HIS21613414230
Frame : 34

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
18h35m01
VisionPACS
Allura Centron
Im 4+1C S.4
Exam HIS21613414230
Frame : 28

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
18h44m12
VisionPACS
Allura Centron
Im 5+1C S.6
Exam HIS21613414230
Frame : 26

clinique francaville
BENKIRANE HAMID
HIS56787

28/01/2021
18h44m12
VisionPACS
Allura Centron
Im 5+1C S.6
Exam HIS21613414230
Frame : 26

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

