

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

N° P19- 0039938

complément  
Rois Panier  
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711

Société : 66013

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Chekroun Fassi de

Date de naissance :

17/05/1951

Adresse :

3ème étage Allal Ben Abdellah Casablanca

Tél. : 0663275535

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Gafar

Le 05/04/2021

420510412021

## 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.

ref : 14 / 0102 / V0506

ATLANTA  
ASSURANCES

شركة التامين و اعادة التامينطلقا  
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 LERST*  
Cachet de la contractante  
57, Angle - Rue de la  
Bd Abdelmoumen - Casablanca  
012 522 42 95 95 L.G/Fax. (012) 522 42 95 00

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 : Fils

Montant des frais exposés (en DH) : 1400,00

A : C1 H.A le 26/01/2021 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

► retraite

N° règlement : 2021012873

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

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) SOINS DENTAIRE	1 400.00	1 000.00	400.00	85.00	340.00
Totaux	1 400.00	1 000.00	400.00		340.00

## Dossier n°

#### Règlement compagnie (Dhs)

### Observation(s)

**Signature Adhérent(e)**

(\*1) REGLEMENT SUIVANT CLAUSES CONTRAT

## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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
  - ➐ devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
  - ➑ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
  - ➒ 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.
  - ➓ 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.
  - ➔ 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.
  - ➎ 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).
  - ➏ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
  - ➐ 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 l'en<sup>e</sup> A-A-101/2014
- ref : 14 / 0102 / V 0506



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

**FEUILLE DE SOINS**

REPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR	
<b>MARRAKCHÉS</b> Cachet de la compagnie : <b>ATLANTA ASSURANCES</b> Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tel. : 0212 5224295.95 L.G. / Fax. : 0212 5224295.95 Tel. : 0212 5212521.255.95 L.G. / Fax. : 0212 520.4295.95	
N° de police :	06/109
N° d'adhérent :	044
A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)	
Nom et prénom de l'adhérent (e) : <b>REWKIRANE HAMID</b> Prénom du patient (e) : <b>HAMID</b> Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : <b>MÈRE</b> Montant des frais exposés (en DH) : <b>1669,00</b> A : <b>enfant</b> le <b>14/01/2021</b> 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	<b>19 JAN. 2021</b> Appréciation du médecin conseil <b>DEPARTEMENT D'EXAMEN</b> <b>Nawfal BOULAAKOUL</b>
----------------	---

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BLÉNIKLINE

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

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup> : H.A + Septicémie

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.



AtlantaSanad  
ASSURANCE

P

retraite

N° règlement : 2021010651

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 : 27/01/2021

Soin du : 06/01/2021  
Sinistre n° : 040.2021.00006908  
Date décision : 29/01/2021  
Reçu le : 22/01/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	92.30	0.00	92.30	85.00	78.45
BIOLOGIE MEDICALE	545.00	0.00	545.00	85.00	463.25
RADIOLOGIE	400.00	0.00	400.00	85.00	340.00
Pharmacie	325.70	0.00	325.70	85.00	276.84
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
<b>Totaux</b>	<b>1 663.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1 663.00</b>		<b>1 413.54</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>1 413.54</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



Casablanca le 08/01/2021

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
Ep. Benjelloun  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

**PATIENT** : BENKIRANE HAMID  
**MEDECIN TRAITANT** : PR. EL MAKHLOUF ALI  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** : RX. POUMONS F/P

Épanchement pleural gauche de faible abondance.  
 Absence d'épanchement pleural à droite.  
 Transparence parenchymateuse pulmonaire droite normale.  
 Silhouette cardiaque en place

Confraternellement  
**DR. BENKIRANE H.**  
 INPE : 091023531

RADILOGIE ABOUMADI  
 Casablanca  
 Tél. : 0522.47.52.65



Nom & prénom : BENKIRANE HAMID

FACTURE N° : 21/000362

Date : 08/01/2021

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. POUMONS F/P	400,00
<u>Total Montant</u>	
	400,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

QUATRE CENT DIRHAMS

REGLEMENT : CHEQUE Le 08/01/2021 5962815

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73



**Dr. Mustapha AKIKI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**

Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE  
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**PATIENT** : BENKIRANE HAMID  
**MEDECIN TRAITANT** : PR. EL MAKHLOUF ALI  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** : RX. POUMONS F/P

Casablanca le 08/01/2021

Épanchement pleural gauche de faible abondance.  
Absence d'épanchement pleural à droite.  
Transparence parenchymateuse pulmonaire droite normale.  
Silhouette cardiaque en place

Confraternellement  
DR BENKIRANE H.  
INPE : 091023531

- IRM Haut champ
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

**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  
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16*

**Casablanca, le 6 Janvier 2021**

Mr Hamid BENKIRANE

## 1 - RADIO DE POUMON DE FACE ET PROFIL

Spécialiste Spécialiste  
blépharite blepharite  
  
Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casablanca  
Tél: 05 22 79 81 600 05 22 77 26 89  
  
F. ANDOLONE 1000 11632  
27, Rue Dr Ali Madi Gauthier  
Casablanca  
Tél: 02 22 20 34 57 Fax 02 22 67 43 82

**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***

CABINET DE CONSULTATIONS  
ET D'EXPLORATIONS  
CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور المخلوف على 736  
Docteur EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé

Casablanca, le 06/12/2004 البيضاء في

Nom et Prénom : M Benkir et Ham

Examen du sang

Crétinémie

Urée sanguine

Acide Urique

Glycémie à jeun

Cholestérol total, HDL, LDL

Triglycérides

SGOT - SGPT - GOT - GPT

Marqueurs hépatites B et C

VS, NFS avec plaquettes

CPK

CPKmb

Dosage de la vitamine D

Ferritinémie

ASLO

Fibrinémie

Taux de Prothrombine + INR

Ionogramme sanguin

P.S.A.

T3  T4  TSHus

Hb Glycosylée

Troponine

C.R.P

Electrophorèse des protides

Protidémie

D-Dimers

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 : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89  
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  
Fax : 0522.22.62.97 : فاكس

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  
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur BENKIRANE Hamid

Casablanca le 06/01/2021

1- CRESTOR 10 MG :  
1 CP LE SOIR SANS ARRET

2- KARDEGIC 75 MG :  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

34,6<sup>2</sup> 3- LASILIX:  
1 CP MATIN SANS ARRET

57,7<sup>2</sup> 4- ALDACTONE 50MG  
1/2 COMPRIME PAR JOUR SANS ARRET

PHARMACIE OLIVERI  
Najisse BENNANI  
55A Rue Othmane Benh Afan Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologue  
5, Rue Med. Abdou - Casa

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

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  
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Monsieur BENKIRANE Hamid

Casablanca le 06/01/2021

1- CRESTOR 10 MG : 1 CP LE SOIR A NE PAS ARRETER  
SANS ARRET

2- KARDEGIC 75 MG :  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

3- ALDACTAZINE:  
1 cp par jour sans arrêt

PHARMACIE OLIVER  
Narjisse BENNANI  
55A Rue Othman Benou Aïtou Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 61

R. Virelles

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

## **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.

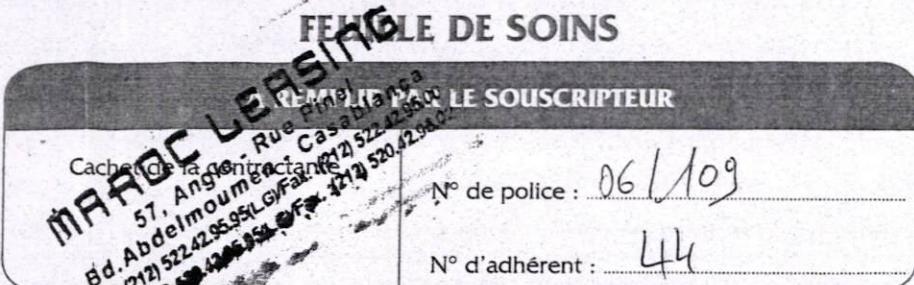
13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

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 len° A-A-101/2014

EF: 14 / 0102 / V 0506



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



## **À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)**

Nom et prénom de l'adhérent (e) : BENKELANG HAMY

Prénom du patient(e) : CHIARA (FAMIGLIA)

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : 101 0645

Montant des frais exposés (en DH) : 3381<sup>00</sup>

A : **GRANIER** le **18/12/2011** Signature de l'adhérent (s) : **135**

Signature of Agent (e) \_\_\_\_\_

1994

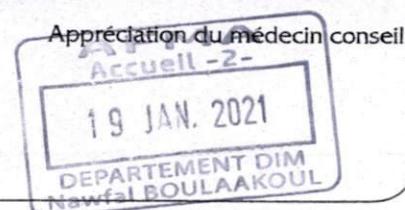
Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

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



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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : N° BERKIKANE H2m. 8  
Age du patient (e) : 1953 Date des soins : 15-01-2021.  
Nature de la maladie (\*) : cholinop. à l'œil droit m/s/s / Plaie filiale  
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	15-01-21	Pro - operalm		gratuit	DR E. FARIS CHIRURGIEN CARDIAQUE 19, Bd. Ionou Sina - Casablanca NPE : 091063891
PHARMACIE		<b>RADIOLOGIE Abou Madi</b> 27, Rue Idriss Abou Madi Appart N° 3, Gauthier - Casablanca Tel: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58 Fax 0522 47 40 09 Appt N° 3, Gauthier - Casablanca Tel: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58 Fax: 0522 47 40 09			<b>PHARMACIE DERB EL KHE</b> Docteur Adil ABBOUTI Rue 23 N° 63 - 65 - 6 Derb Elhaim - Casablanca - Tel: 0522 20 34 58
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	15/01/2021	Echo COEUR		1000.00 Dt	<b>PHARMACIE EL HAROUCH</b> Dr. M. El Harouch Tél: 0522 20 34 58
AUXILIAIRES MEDICALS	18/01/2021	6170 - EWK		781,00 Dt	<b>PHARMACIE EL HAROUCH</b> Dr. M. El Harouch Tél: 0522 20 34 58
OPHTALMIEN	16/01/21	2250 -		1500.00 Dt	<b>PHARMACIE EL HAROUCH</b> Dr. M. El Harouch Tél: 0522 20 34 58



AtlantaSanad  
ASSURANCE

P

retraité

N° règlement : 2021010651

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 : 27/01/2021

Soin du : 15/01/2021

Sinistre n° : 040.2021.00006905

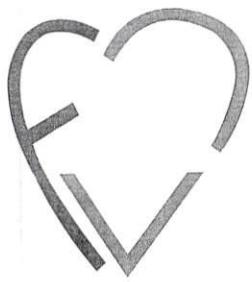
Date décision : 29/01/2021

Reçu le : 22/01/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	1 500.00	0.00	1 500.00	85.00	1 275.00
BIOLOGIE MEDICALE	881.00	0.00	881.00	85.00	748.85
RADIOLOGIE	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Totaux	<b>3 381.00</b>	<b>0.00</b>	<b>3 381.00</b>		<b>2 873.85</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>2 873.85</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



# CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس قيل  
15/01/2021

Mr. Benkiran Ahmed.

Compte rendu ECG

1. VG moyen dilaté ( $DIV = 58.60$ )  
avec facteur rythmique VG coronaire  
 $FEVC = 68\%$ .

2. OG modérément dilaté, lhr d'échos =  
transstomacique.

3. Prolapsus du sept P2 à la PVM  
responsable d'un DM importante  
gr III excentré devant le GVM.

Pas à RM.

Cham min = 33.3mm

4. DAO min gr I pas RAO.

5. Cardi droit - dilaté.  
 $RAOS = 50.55 - 44$  mmHg.

IT min.

Foré-clot rythm VR coronaire.

Cham transpul = 34 mm.

6. Pas d'esp. pericard.

7. Aorta ascendente & Colih art.

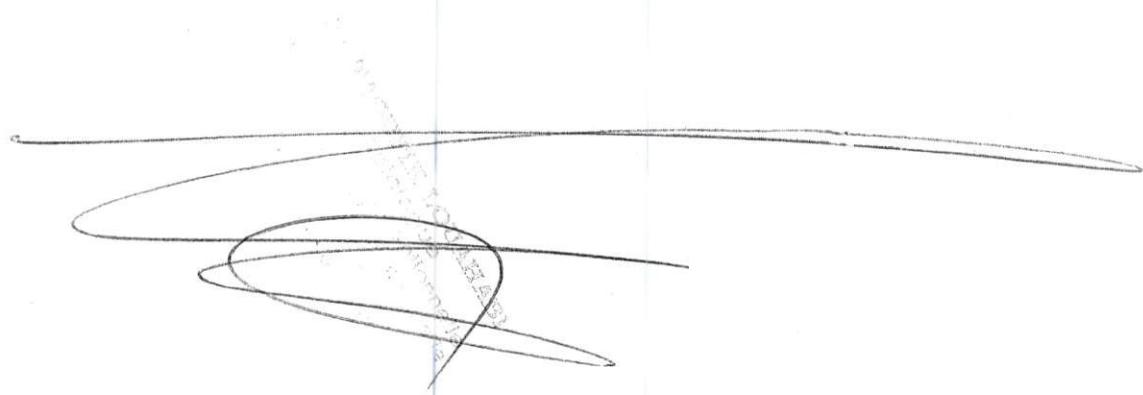
Antral.

Fuerte mitralis importante type  
II do serpentis per pulps  
I do PVM (Px ++).

DA un-

, fracti agt VG et VD coher-

, HxAP moder a = ff - Hg





Casablanca le 16/01/2021

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

**PATIENT** : BENKIRANE HAMID  
**MEDECIN TRAITANT** : DR. FARIS BOUCHAIB  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** : SCANNER THORACIQUE  
**M.**

**Technique :**

Exploration scanographique en acquisition multi-barette avec reconstructions en coupes axiales et coronales infra-millimétriques (0.63 mm) et en haute résolution sans injection du produit de contraste iodé.

Le patient refuse l'injection de produit de contraste.

**Résultat :**

Petit foyer parenchymateux de la base pulmonaire gauche d'allure alvéolaire au contact de la plèvre mesurant 1 cm de diamètre.

On note par ailleurs, un aspect de poumons mosaïques en rapport avec une trouble de perfusion d'origine très probablement cardiaque.

Absence d'adénopathie médiastinale.

**Au total :**

Petit foyer parenchymateux de la base pulmonaire gauche sans

caractère spécifique; à confronter aux données biologiques.

Poumons mosaïques en rapport avec les troubles de perfusion.

Confraternellement  
**DR BERRADA AZ EL ARAB**  
**INPE : 091032870**

*RADIOLOGIE Abou Madi*  
 27, Rue Ilyya Abou Madi  
 Quartier Gauthier - Casablanca  
 Appt N° 3  
 Tel: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
 Fax: 0522 47 40 09

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BENKIRANE HAMID  
Séjour : Du 15/01/2021 au 15/01/2021

**FACTURE**  
202100380  
Du : 15/01/2021

Clinique

Etablie par : T. Samiha

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 000,00</b>

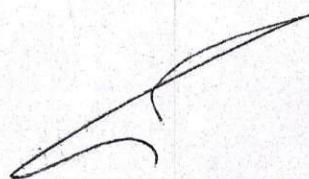
Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
			<b>TOTAL AUTRUI</b> 0,00

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

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE DIRHAMS

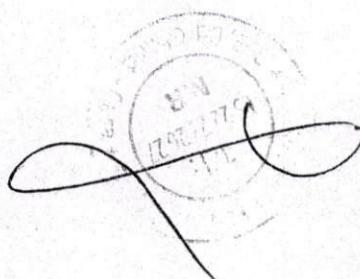
	Patient
<b>Total TTC</b>	1 000,00



**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
 CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
 Casablanca

<b>PAIEMENT EFFECTUE PAR :</b> benkirane hamid <b>NOM DU PATIENT :</b> M. BENKIRANE HAMID <b>DATE DE NAISSANCE :</b> 02/09/1953	<b>Sejour :</b> Du 15/01/2021 au 15/01/2021
	
Reçu N°: 148169	
<b>Paiement du 15/01/2021</b>	
<b>Montant</b>	1 000,00 Dh
<b>Type de paiement</b>	Chèque
<b>Numéro du chèque :</b>	5962817
<b>Montant du chèque :</b>	1 000,00 Dh
<b>Banque :</b>	Banque Populaire du Maroc

Imprimé par : ZAHRI Fatiha Le 15/01/2021 12h06





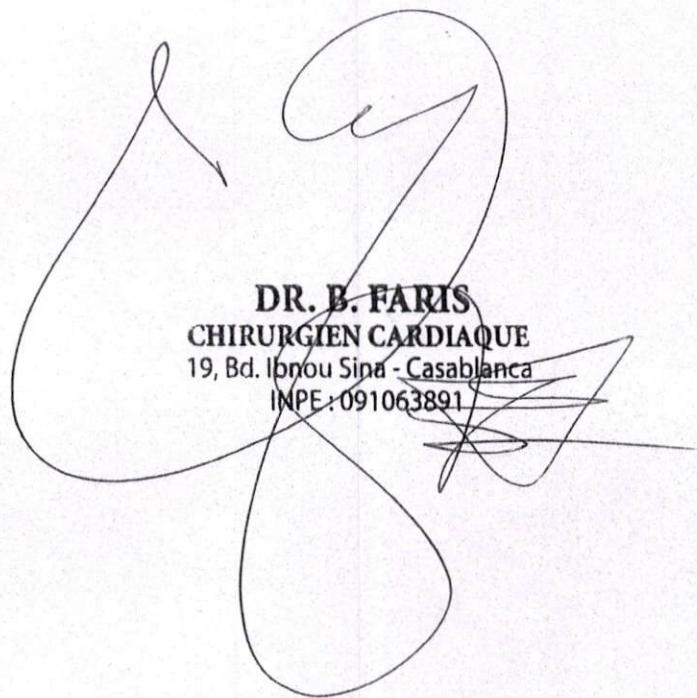
## CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

# مصحة القلب والشرايين فرنس ڨيل

10 151-11221

Dr BEN KIRANE Hamid

Fans Angio Scanner Thoracique



**DR. B. FARIS**  
CHIRURGIEN CARDIAQUE  
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
IMPE: 091063891

**RADIOLOGIE Abou Madi**  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tel: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

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](mailto:cliniquefranceville@cliniquefranceville.com) · Site Web : [www.cliniquefranceville.ma](http://www.cliniquefranceville.ma)

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



Nom & prénom : BENKIRANE HAMID

FACTURE N° : 21/000865

Date : 16/01/2021

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
SCANNER THORACIQUE	1 500,00
<b><u>Total Montant</u></b>	
	1 500,00

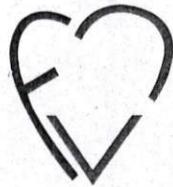
*RADIOLOGIE Abou Madi*  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tel: 0522.20.34.57 / 0522.20.34.58  
Fax: 0522.47.40.09

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT : CHEQUE Le 16/01/2021 5962821 BP

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73



**CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE**

مصحة القلب والشرايين فرنس فيل

Casablanca le 15/01/2021

MR BENKIRANE HAMID

FAIR Echo coEUR

DR. B. FARIS  
CHIRURGIEN CARDIAQUE  
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
INPE: 091063891

---

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Télé : +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](http://www.cliniquefranceville.ma)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI ( PHARMACIEN BIOLOGISTE ).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

YON

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 / 537

Date :  
18/01/2021

Suite aux Analyses Effectuées Le 18/01/2021

Sous La Prescription Du Docteur FARIS

pour BENKIRANE HAMID

ayant La Référence 211181045102



Organisme : KZ184

**Bilan :**

~NFS~TP~TCK~TGO~TGP~URE~CREA~CA~TSH~CRP

**Cotation : B 650 + Prelevement (10 DH)**

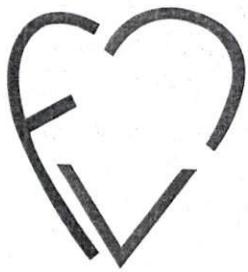
**Montant Net : 881 Dhs**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

HUIT CENT QUATRE VINGT UN DHS

NFS	80
TP	40
TCK	40
TGO	50
TGP	50
URE	30
CREA	30
CA	30
TSH	200
CRP	100

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales, ABC MEDIC  
462, Rue Mustapha El Maani  
Tel: 0522276624/276673 - Casablanca



184  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس فيل

6 15/01/2021

Mr BENKIRANE Hamid

Bilan Co-opération

1/- Groupes ABO Rh. (+ Carte sur place)

2/- NFS Ig

3/- TP

4/- TCA

5/- SHOT SLETT

6/- Urine urat

7/- Calcémie

8/- TSH

- 9/- CR &

Dr. B. Faris  
Chirurgien Cardiaque  
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 22 522 23 26 27 / 22 66 24 27 66 73 - Casablanca  
INPE: 091063891

DR. B. FARIS  
CHIRURGIEN CARDIAQUE  
19, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
INPE: 091063891

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  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

ref : 14/0102/V0506



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**

Cachet de la compagnie  
MAROC DÉASSUR  
Bd. 57, Angle Rue du  
Tel. (212) 522.4295.95/LG/Fax. (212) 522.4295.00  
Casablanca  
Tél. (212) 522.4295.95/LG/Fax. (212) 520.4295.02

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 : MOI MÈRE  
Montant des frais exposés (en DH) : A : 0 P.M. le 25/01/2021  
Signature de l'adhérent (e) : B

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

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

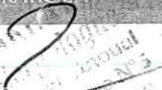
Nom et prénom du patient (e) : DELPHINE

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

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup> : puco-palme

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances<sup>(\*)</sup> :

(\*) : 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.

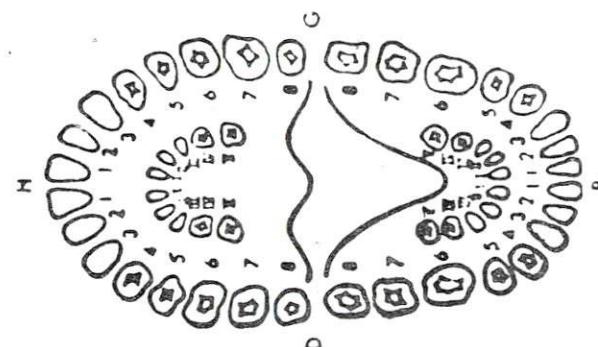
PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	19/11/2021	C3		300 my	 Dr. EL HMOUCHI Mohamed Said Laboratoire d'Analyses Medicals tel: 05 22 27 66 24 / 21 66 73 - Casablanca
PHARMACIE	19/11/2021			117,00	 Dr. EL HMOUCHI Mohamed Said Laboratoire d'Analyses Medicals tel: 05 22 27 66 24 / 21 66 73 - Casablanca
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	20 JAN. 2021	B 26 + D 117		259,40 DK	 Dr. EL HMOUCHI Mohamed Said Laboratoire d'Analyses Medicals tel: 05 22 27 66 24 / 21 66 73 - Casablanca
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

<input checked="" type="checkbox"/> DEVS	Etabli le : .....	SOINS	Nature du soin	Coef.	Nature de la prothèse	Coef.	Cotation
<input type="checkbox"/> EXECUTION	Commencé le : .....	PROTHESE ET ODF					
	Traitement						
	Terminé le : .....						

SCHEMA DENTAIRE



CONTROLE GLOBAL DES COINCS DH : CONTROLE GLOBAL DE LA PROTHESE Orale L'ODE : DH :

DH:

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



**AtlantaSanad**  
ASSURANCE

*retrate*

N° règlement : 2021012873

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

Ste contractante : MAROC LEASING  
 Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID  
 Déclaré le : 01/02/2021

Soin du : 19/01/2021  
 Sinistre n° : 040.2021.00010369  
 Date décision : 05/02/2021  
 Reçu le : 27/01/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	117.00	0.00	117.00	85.00	99.45
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
BIOLOGIE MEDICALE	299.44	0.00	299.44	85.00	254.52
<b>Totaux</b>	<b>716.44</b>	<b>0.00</b>	<b>716.44</b>		<b>608.97</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>608.97</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI 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 / 630

Date :  
20/01/2021

Suite aux Analyses Effectuées Le 20/01/2021

sous La Prescription Du Docteur BAKHATAR

pour BENKIRANE HAMID

ayant La Référence 2112085282

Organisme : KZ277



**Bilan :**

~COVIDS

**Cotation : B 216 + Prelevement (10 DH)**

**Montant Net : 299.44 Dhs**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

DEUX CENT QUATRE VINGT DIX NEUF DHS et 44CTS

COVIDS 216

M. EL HAROUCHI Mohamed S.A.  
Laboratoire d'Analyses  
Medicals LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maani  
Tel : 022-27.66.24 / 27.66.73 - Casablanca

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

*Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca*

*Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Béthune, Paris)  
Pléthysmographie avec Dr E.C.O. / Gaz du sang*

الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعهد بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم



دار البيضاء، في

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumologue  
416, Bd. Abdellatif  
Rés. Anoual Capital Center - 1er étage  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 / (+212) 6 61 08 99 15

Dr BAKHATAR  
HAMID

Senoussi Zg7  
COVID-19 Zg6/

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicale AFSAFIDIC  
416, Bd. Abdellatif  
Rés. Anoual Capital Center - 1er étage  
Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - 1

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicale AFSAFIDIC  
416, Bd. Abdellatif  
Rés. Anoual Capital Center - 1er étage N°5  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 / (+212) 6 61 08 99 15  
E-mail : bakhataraziz@gmail.com

416, Bd Abdellatif (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca, Maroc  
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com