

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0039938

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3+21 Société : 66043

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Chekroun Gside

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 rue Mohamed Abdou Casa

Tél : 0663275535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benkirane H

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 : Casa Le : 05 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

[Signature]

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 len° A-A-101/2014

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

Cachet de la Compagnie

MAROC LEASING
57, Angle - Rue Planca
Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: (212) 522.42.95 SL GVFax: (212) 522.42.95 00
Tél: (212) 522.42.95 SL GVFax: (212) 522.42.95 00

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 : Non

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

A : Ciba 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

ref : 14/0102/V 0506

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BENKIRANE HAMID

Age du patient (e) : Date des soins : 26.01.21

Nature de la maladie (*) : pro lésion

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, cause 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.

Dr. MANDOUHE Karim
1, Angle Rue Moussa Bnou Noussail
et Rue Maurice B N° 10 Gauthier
Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 84 96

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS					
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

Etabli le :

☒ EXECUTION

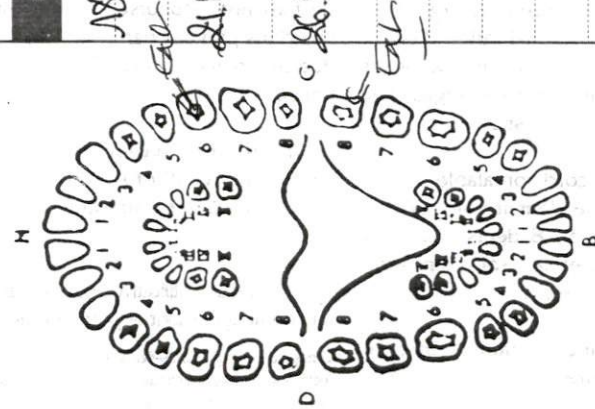
Traitement

Commencé le : 18.01.21

Terminé le : 26.01.21

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coef.

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

18.01.21

38

26.01.21

26

CONS

EXTRACTION DRS

EXTRACTION DRS

4

PROTHESE ET ODF

Dr. MANDOUHE Karim
1, Angle Rue Moussa Bnou Noussail
et Rue Maurice B N° 10 Gauthier
Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 84 96

COUT GLOBAL DES SOINS

DH: 1400,00

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

Tél: 0522 27 55 74 - 0612 24 84 96

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

Dr. MANDOUHE Karim



AtlantaSanad
ASSURANCE

8 retraite

N° règlement : 2021012873

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 18/01/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00010365

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/02/2021

Date décision : 05/02/2021

Numéro RIB :

Reçu le : 27/01/2021

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)		340.00

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

(*) REGLEMENT SUIVANT CLAUSES CONTRAT

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

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين وإعادة 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

Cachet de la Compagnie

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 : MARI MELLE

Montant des frais exposés (en DH) : 1669,00

A : enma le 14.01.2021 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

19 JAN 2021
DEPARTEMENT D'IN
Nawfal BOULAKOUL

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) : M. BENKIRANE Hamid

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

Nature de la maladie (*) : H.T.A. + Dyslipidémie

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	06/01/2021	G		300	<u>Dr. EL MAKHLOUT</u>
PHARMACIE	04/01/2021 06/01/2021			325	<u>Pharmacie Oliver</u>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	06 JAN 2021	Bu00+ PLM		545	<u>Dr. EL MAKHLOUT</u>
AUXILIAIRES MEDICAUX	08/01/21	240		400	<u>Dr. EL MAKHLOUT</u>
OPTICIEN					

☐ EXÉCUTION

Commencé le : _____
 Terminé le : _____

☐ DEVIS

Etabli le : _____

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

TRAITEMENT

Commencé le : _____
 Terminé le : _____

SOINS

Dents traitées : _____
 Date : _____

PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF : _____
 Cotation : _____

COUT GLOBAL DES SOINS : _____

Avis du médecin conseil de la Compagnie : _____

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

Cachet et signature du praticien : _____



AtlantaSanad
ASSURANCE

P

retraité

N° règlement : 2021010651

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 06/01/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00006908

Malade : Lui même

Déclaré le : 27/01/2021

Date décision : 29/01/2021

Numéro RIB :

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
Totaux	1 663.00	0.00	1 663.00		1 413.54
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					1 413.54

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

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

- 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



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

27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca
Tél: 0522.20.34.57 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com



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

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

- 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

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

épanché pleural
bleuté

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

RADIOLOGIE ADULTES
27, Rue Ilye Abou Madi Gauthier
Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 45 89

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 المخلف علي 736
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le 06/1/2021 البيضاء في

Nom et Prénom : M. Benkroun Hamid

Examen du sang

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

Examen des urines

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

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

3- LASILIX:

1 CP MATIN SANS ARRET

4- ALDACTONE 50MG

1/2 COMPRIME PAR JOUR SANS ARRET

PHARMACIE OLIVER
Narjisse BENNANI
55A Rue Othman Brou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Bou Med. Abdouh - Casa
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

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

185.70
1- CRESTOR 10 MG : 1 CP LE SOIR A NE PAS ARRETER
SANS ARRET

50.40
160.02
1- KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

50.30
78.60
3- ALDACTAZINE:
1 cp par jour sans arrêt

325.70
R. V. 
PHARMACIE OLIVER
Narjisse BENNANI
55A rue Othman Bnou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 77 36 61

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 l'en° A-A-101/2014

tél : 14 / 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

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

FEUILLE DE SOINS

LE SOUSCRIPTEUR

Cache la contrepartie
57, Angoulême - Rue Prince Casablanca
Bd. Abdelmoumen 20120 522 42 95 95
Tél: 0212 522 42 95 95 / Fax: 0212 520 42 95 95

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 44

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : HAMIA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 33 810

A : 18/12/21 le 18/12/21

Signature de l'adhérent (e) : [Signature]

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

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

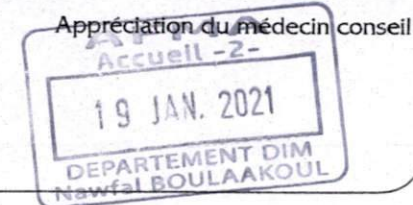
Android : <http://www.atlanta.ma/android>

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) : M^r BERKIRANE H2m: 0
 Age du patient (e) : 1953 Date des soins : 27.15.01-2021
 Nature de la maladie (*) : Chute à 2.00m de hauteur / Plaie à l'hélic
 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.

PATIENT	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	15-01-21	Pre-opération		gratuit	DR. E. FARIS CHIRURGIEN CARDIAQUE 19, Bd. Moussine - Casablanca N°PE : 091063891
PHARMACIE		RADIOLOGIE Abou Madi 27, Rue N°3 Gauthier - Casablanca Appel N° 3 Gauthier - Casablanca Tél. 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58 Fax 0522 47 40 09		RADIOLOGIE Abou Madi 27, Rue N°3 Gauthier - Casablanca Appel N° 3 Gauthier - Casablanca Tél. 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58 Fax 0522 47 40 09	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	15/01/2021	Echo COEUR		1000.00 DA	PHARMACIE DERB EL Docteur Adil Abou Rue 23 N° 63 - Derb El Anhar 8 Casablanca - Tél.: 0522 20 34 57
AUXILAIRES MEDICAUX	13/01/21	6 Gb + Puv		781,00 DA	DR. EL HAROUCHE Laboratoire 27, Rue N°3 Gauthier - Casablanca Appel N° 3 Gauthier - Casablanca Tél. 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58 Fax 0522 47 40 09
OPTICIEN	14/01/21	2250 -		2500.00 DA	

FEUILLE DENTAIRE

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

DEVIS

Etabli le :

EXÉCUTION

Traitement

Commencé le :

Terminé le :

PROTHESE ET ODF

SOINS

Dents

Date _____

Nature

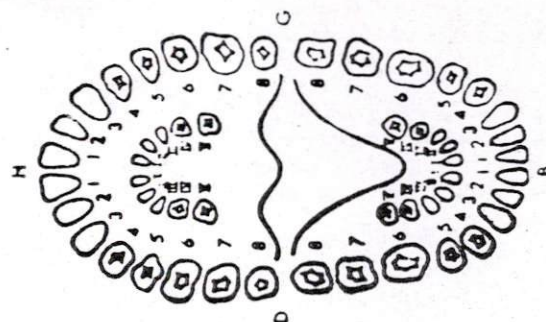
Coef

re de la prothèse

Citation

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



COUT GLOBAL DES SOINS

DH:

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH:

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2021010651

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 15/01/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00006905

Malade : Lui même

Déclaré le : 27/01/2021

Date décision : 29/01/2021

Numéro RIB :

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	3 381.00	0.00	3 381.00		2 873.85
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		2 873.85

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قیل
15/01/2021

Mr. Benkirane Ahmed.

Compte rendu de l'ECG

1. VG légèrement dilaté (DD = 58-60 mm),
avec fonction systolique VG conservée
FEVC = 68%.
2. OG modérément dilaté, écho d'échocardiogramme
transmurale.
3. Protrusion du septum P2 de la PVM
responsable d'une IM importante
gr III excentrée de l'OG.
Pas de RM.
 ϕ ann mitral = 33-34 mm.
4. DAO mineure gr I Pas RAo.
5. Canal droit - droit.
IT mi-... PAPS = 50-55-60 mmHg PAPS.
Forçé syst VD conservé.
 ϕ ann tricuspid = 34 mm.
6. Pas d'ap. pericard.

7 - Arteriole ascendente de Coliculi int.

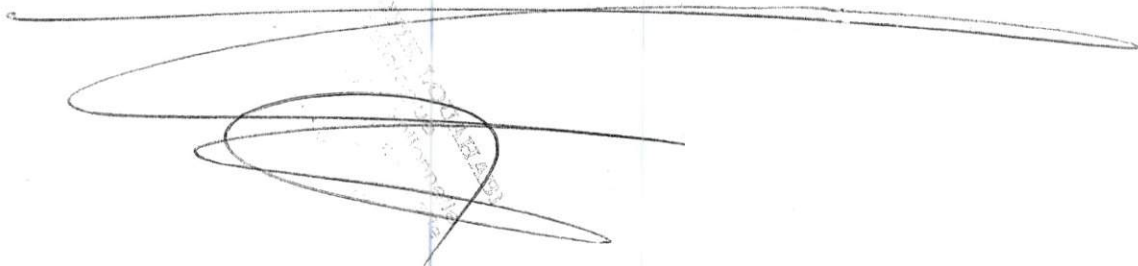
Anchura

Fuente mitorle importante tipo
II de carpentia per pulpos
de PVN (P2 + r).

2 Mo m.

funcion mitor VG el VD arter

HAP mitor a r r - 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

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 : 09103287

RADIOLOGIE ABOUMADI
27, Rue Ilyia Abou Madi
Appart. N° 3 Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09

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

S.A.R.L. au Capital de 740.000 DH - 27, Rue Ilyia Abou Madi - Quartier Gauthier - 20 060 Casablanca - MAROC
Tél.: 05.22.20.34.57/58 - Fax: 05.22.47.40.09 - Email: contact@radiologie-aboumadi.com - www.radiologie-aboumadi.com
IRM : 05.22.46.37.10 - Scanner : 05.22.46.37.20 - Echographie : 05.22.46.37.30 - Radio Standard : 05.22.46.37.40
TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - R.C : 395253 Casablanca - I.C.E : 002036624000064

FACTURE
202100380
Du : 15/01/2021

Etablie par : T. Samiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE			1 000,00

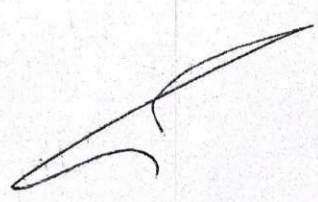
Encaissement Compte d'Autrui

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 MILLE DIRHAMS

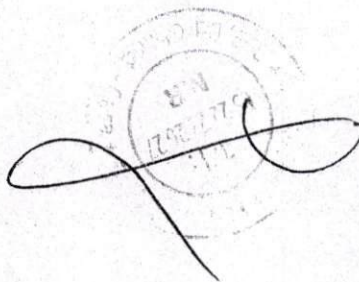
	Patient
Total TTC	1 000,00

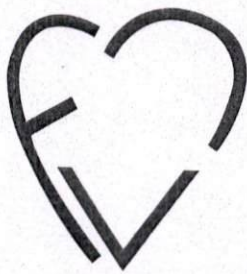


CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

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

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





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE
مصححة القلب والشرابين فرانس قیل

10/15/1/2/21

Dr BENKIRANE Hamid

Faw Angio Scanner Thoracique

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

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



Nom & prénom : BENKIRANE HAMID

FACTURE N° : 21/000865

Date : 16/01/2021

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

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Apprt N° 3 Gauthier - Casablanca
Tél: 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 والشرابين فرانس قفيل

Casablanca le 15/01/2021

MR BENKINE HAMID

FAIR Echo coeur

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

NON

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)

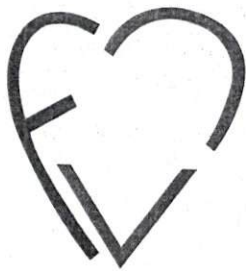
Montant Net : 881 Dhs

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 HAROUCHE Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca



184
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قیل

6 15/01/2021

MR BENKIRANE Hamid

Bilan bio-opératoire

1°/- Groupes ABO Rh. (+ Carte groupage)

2°- NFS lg

3°- TP

4°- TCA

5°- SHOT SAPT

6°- urée urée

7°- Calcémie

8°- TSH

9°- CRP

Dr. B. Faris
Chirurgien Cardiaque
393, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : +212 522 23 26 27
Fax : +212 522 99 30 26
N° 27226624/216615 - Casablanca

DR. B. FARIS

CHIRURGIEN CARDIAQUE

393, 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

- 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

réf : 14 / 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

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

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante
MAROC LEASING
57, Angle - Rue
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : (212) 522.42.95.95 L.G. Fax : (212) 522.42.95.00
Tél : (212) 520.42.95.02

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 : MARI YEGE

Montant des frais exposés (en DH) :

A : 7777 le 25 / 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
ASSURANCE

retraité

N° règlement : 2021012873

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 19/01/2021

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2021.00010369

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/02/2021

Date décision : 05/02/2021

Numéro RIB :

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
Totaux	716.44	0.00	716.44		608.97
Dossier n° :	Règlement compagnie (Dhs)				608.97

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

VON

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

Dr. EL HAROUCHE Mohamed Sak.
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel : 05 22 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 Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.E.O. / Gaz du sang

الدكتور عبدالعزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

الدار البيضاء، في

29/01/2021

Dr. BENKIRANE
HAMID

Scénario 29/01
COVID 19 29/01

Dr. EL HARGUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicale / COMEDIC
462
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Fax

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Pharyngologie
416, Bd Anoual
Rés. 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