

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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

La 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- 068856

3 compléments
19171
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05791 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benchebraou Farid
Date de naissance : 17/05/1952
Adresse : 3 Rue Mohamed Abden Caba
Tél. : 066327535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benkirane Hamid Age : 71

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) : Farid Le : 16/06/2022

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 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

Cadre de la contractante

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 081

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : HANID

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

Montant des frais exposés (en DH) : 333

A : CABA le 3 / 2 / 2022 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

MA
Accueil - 2 -
01 MARS 2022
DEPARTEMENT DIM
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) :

Date des soins :

Nature de la maladie^(*) :

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	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	31/10/11	22		286,2	
PHARMACIE	31/10/11	20		83,2	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

DEVIS

☐ EXÉCUTION

Etabli le :

Commencé le :

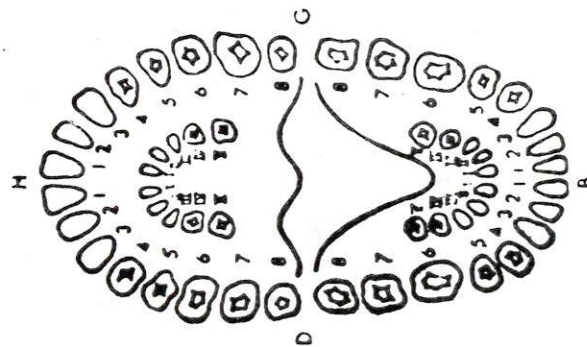
Traitement

Commencé le :
Terminé le :

Commencé le :
Terminé le :

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

PROTHESE ET ODF

Dents
traitées

Nature de l'acte

Coef.

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH:

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين الماروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: 31/01/2022

MR BENKIRANE HAMID

- 56,62
- Diprostene - suspension injectable
1 inj IM une seule

- (13,20x2)
= 26,40
- Cetamyl 1 g cp simple 2 btes
1 - 1 - 0
- 83,02

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 20 70

124، شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف: 0808.53.09.58 - 0522.30.91.54

124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522.30.91.54 - 0808.53.09.58



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2022038131

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 07/03/2022

Soin du : 31/01/2022
Sinistre n° : 040.2022.00101786
Date décision : 09/03/2022
Reçu le : 03/03/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	85.00	212.50
Pharmacie	83.00	0.00	83.00	85.00	70.55
Totaux	333.00	0.00	333.00		283.05
Dossier n° :	Règlement compagnie (Dhs)				283.05

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S_D_202209840-
1-2_R-2



AtlantaSanad

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022038131

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 07/03/2022

Soin du : 31/01/2022
Sinistre n° : 040.2022.00101786
Date décision : 09/03/2022
Reçu le : 03/03/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	85.00	212.50
Pharmacie	83.00	0.00	83.00	85.00	70.55
Totaux	333.00	0.00	333.00		283.05
Dossier n° :	Règlement compagnie (Dhs)				283.05

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

NOM et Prénom du malade BENKIRANE HANIS Age : Ans
Nature de la maladie Corballe et cervicalgie
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

[illegible]

Montant

Cachet et Signature
du praticien

22500054

Dr. Mohamed El Mokaddem

Praticien en Kinésithérapie

Morisation N° 1085 du 20/08/81

175, Bd d'Alger - Casablanca

Tel: 05 22 27 86 89 - 05 22 27 64 38

<p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le		
	S O I N S			P R O T H E S E	
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Remontage <input type="checkbox"/> Adjonction
Partie réservée au contrôle				Montant des soins	
DH				DH	
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse	

Mohamed SEDKANE

Kinésithérapie - Physiothérapie
Gymnastique Médicale
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alaise Casablanca
Téléph : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa



محمد صدقان

الترويض الطبي - المعالجات الكهربية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

175. شارع الزاس الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Casablanca, le 27/4/2022 في الدار البيضاء

FACTURE N° 0005086

Nom et Prénom **BENKIRANE HANIA**

la Somme de **2250,00DH (deux mille**

deux cent cinquante Dirhams) 1500DH + 15

pour **15 (quinze) Séances de Rééducation**

fonctionnelle + physiothérapie d'une
lombalgie + cervicalgie

Signature
SEDKANE Mohamed
Masseur Kinésithérapeute
Autorisation N° 1085 du 20.06.81
175, Bd. d'Alaise - Casablanca
Tél: 05 22 27 86 09 - 05 22 26 64 38

KINESITHERAPIE
ELECTROTHERAPIE



GYMNASTIQUE MEDICALE
MASSAGES MEDICAUX

Mohamed SEDKANE

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél.: 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

CARTE DE SEANCES

- Patient : BENKIRANE HANID
- A.T / A.S / Autres :
- Assurances : Police :
- Nombre de Séances : 15 séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
21/3/22	11h	22/3/22	11h				
23/3/22	11h	24/3/22	11h				
25/3/22	11h	26/3/22	11h				
27/3/22	11h	28/3/22	11h				
29/3/22	11h	30/3/22	11h				
31/3/22	11h	1/4/22	11h				
2/4/22	11h	3/4/22	11h				
4/4/22	11h	5/4/22	11h				
6/4/22	11h	7/4/22	11h				
8/4/22	11h	9/4/22	11h				
11/4/22	11h						

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci

Dr Maaroufi Salaheddine
Rhumatologue

Diplôme de la faculté de Médecine
De Marseille

124, BD de la liberté Casablanca

Tel : 0522 30 91 54 / 0808530958

Casablanca Le 14 / 03 / 2022

Mr BENKIRANE HAMID

- Lombalgie mécanique .
- Episode de Sciatalgie L5 gauche .
- Cervicalgie + Syndrome de l'angulaire .

REEDUCATION

15 Séances 03 fois / semaine .

- Physiothérapie antalgique .
- Renforcement et assouplissement des muscles lombaires et des muscles sous pelviens .
- Renforcement de la sangle abdominale .
- Renforcement et assouplissement des muscles cervicaux et scapulaires .
- Réajustement proprioceptif .

- Apprentissage d'auto exercice à pratiquer à domicile tous les jours +++.

Dr SALAHEDDINE MAAROUFI

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd La Liberté - Casablanca
Tel : 0522 30 91 54 - 08 08 53 09 58



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2022072385

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 24/03/2022

Soin du : 14/03/2022
Sinistre n° : 040.2022.00154453
Date décision : 26/05/2022
Reçu le : 22/03/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) SEANCE KINESITHERAPEUTE	2 250.00	450.00	1 800.00	85.00	1 530.00
Totaux	2 250.00	450.00	1 800.00		1 530.00
Dossier n° : AS0001685619/20 Règlement compagnie (Dhs)					1 530.00

Observation(s) :

(*) compl

Signature Adhérent(e)



S_ID_20222428-
1-2_R-3



AtlantaSanad
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022072385

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 24/03/2022

Soin du : 14/03/2022
Sinistre n° : 040.2022.00154453
Date décision : 26/05/2022
Reçu le : 22/03/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) SEANCE KINESITHERAPEUTE	2 250.00	450.00	1 800.00	85.00	1 530.00
Totaux	2 250.00	450.00	1 800.00		1 530.00
Dossier n° : AS0001685619/20 Règlement compagnie (Dhs)					1 530.00

Observation(s) :

(*) compl

Signature Adhérent(e)

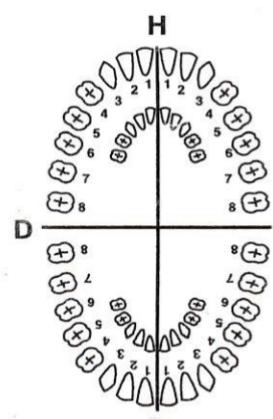
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade: Blanchard Hamed Age: 1953 Ans

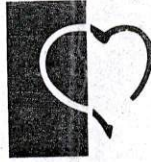
Nature de la maladie: Partie dentaire

En cas d'Accident (Causes et Circonstances): _____

[illegible]

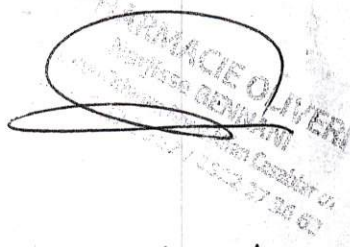
 <p style="margin-top: 20px;">Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le		
	S O I N S				P R O T H E S E
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Montant des soins		Montant de la prothèse		Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse	
DH		DH			
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)		Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse			

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



الدكتور بن شقرون ادريس
خريج كلية الطب بتولوز
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالمسعاد

Casablanca, le 09 MAI 2022 الدار البيضاء في



Mr BENMARI
Hassan

(175,70 x 3)
= 527,10 Crestor 10 14/12
(85,70 x 3)
= 257,10 Kanefic 100 15/12
Aldactazone 14/12 or (Aldex 1,5)

(79,70 x 2)
= 159,40

3 mm a R.

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B»
MÂARIF - CASABLANCA Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INPEN N° : 091021618

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B»
MÂARIF - CASABLANCA Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INPEN N° : 091021618

Zithromax (500) 14/12 (S.V) (2 bts)
(14,00 x 4)
= 56,00 Dolepiane 1gr (S.V) (2 bts)
879,60 14/12 x 2

إقامة بن عمر أرقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
Email : bencheckroundriss@hotmail.com

Docteur **BENCHEKROUN DRISS**

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE

CARDIOLOGUE

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
DE CARDIOLOGIE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرون ادريس

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

بالميعاد

Casablanca, le

الدار البيضاء في

09 MAI 2022

Dr BENCHEKROUN

1/2 une

Longogramme Jaugus

Cordiale

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue

RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B»
MÂARIF - CASABLANCA - Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INPE N° : 091021618

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462 Rue Mustapha EL Moudi Casablanca
Tél. : 05 22 27 66 24 - Fax : 05 22 27 66 73

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
Email : benchekroundriss@hotmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE) ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

462, Rue Mustapha El Maani -Casablanca Tel :0522-27.66.73/24 Fax:0522-26.50.87
mail.labolabomadic@gmail.com

ICE:001543075000027- RC:1636-Pat :34201990- CNSS:128090 - IF:41802740
INPE.093000180 RIB : ATW0077300000180200000001626

Facture N: 22 / 4184

Date :
11/05/2022

Suite aux Analyses Effectuées Le 10/05/2022

Sous La Prescription Du Docteur BENCHEKROUN

Pour BENKIRANE HAMID

ayant La Référence 2251092822

Organisme : LS974



Bilan :

~IONO~CREA

Cotation : B 190 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 264.6 Dhs

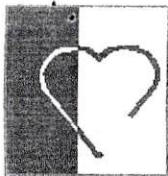
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT SOIXANTE QUATRE DHS et 60CTS

IONO 160

CREA 30

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tél.: 05 22 27 66 24 - Fax : 05 22 27 66 73



CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr Driss BENCHEKROUN

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Casablanca, le 09/05/2022

Mr BENKIRANE Hamid

NOTE D'HONORAIRE

- Echo-doppler cardiaque 1.000.00 DH

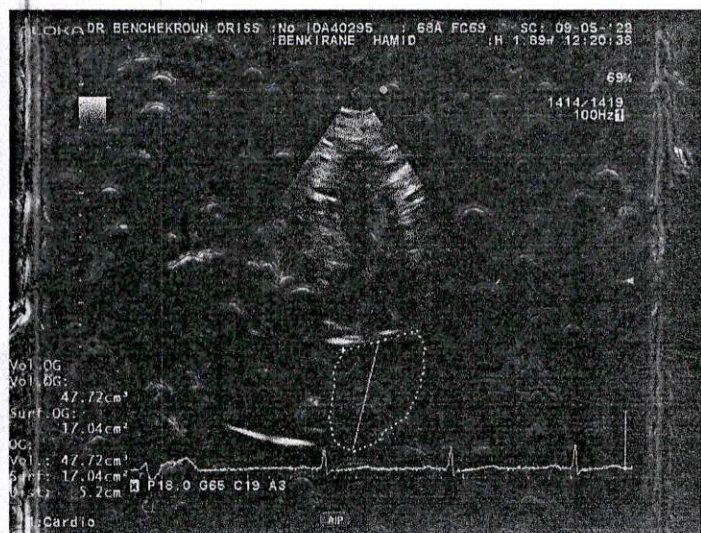
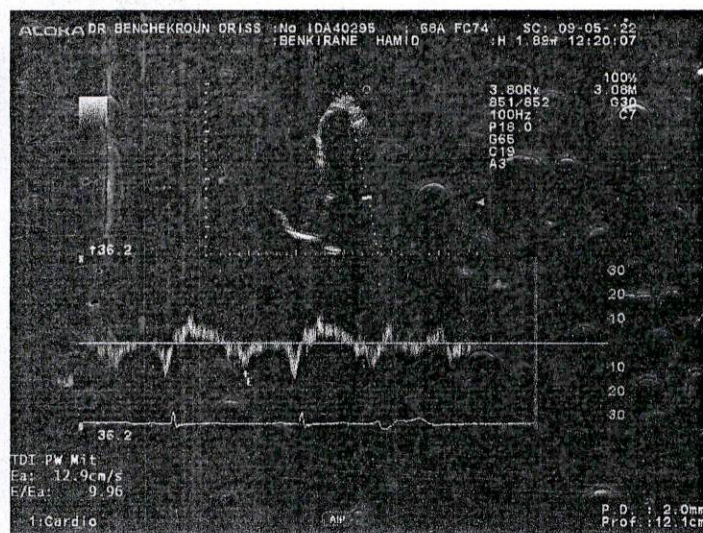
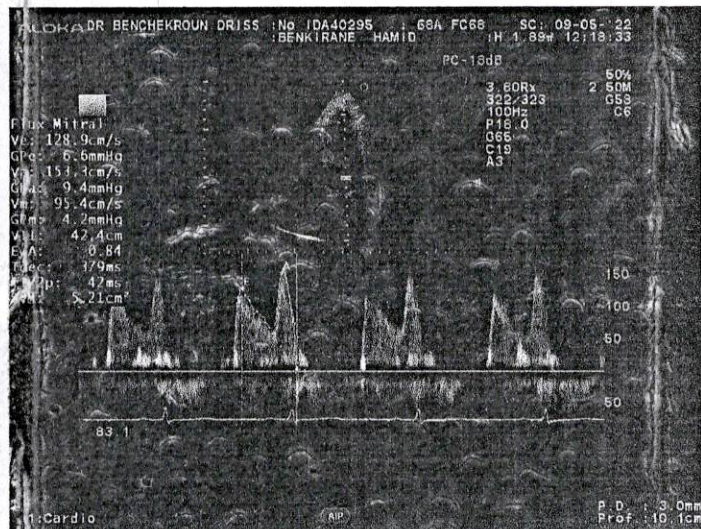
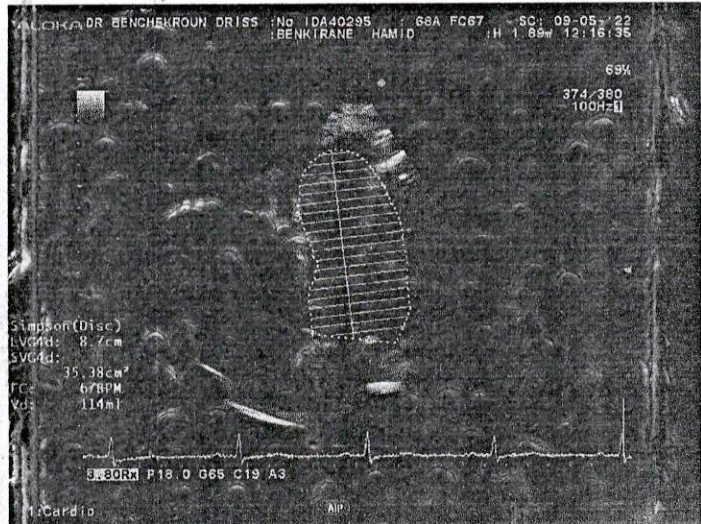
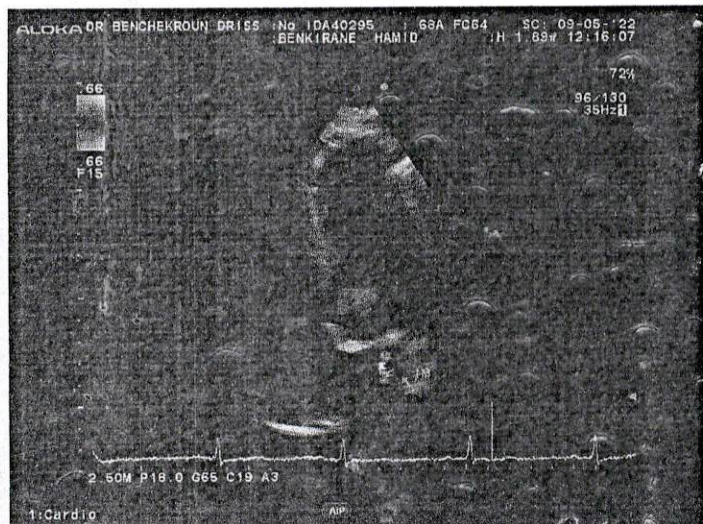
Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Dr. D. BENCHEKROUN

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BENOMAR - RUE IBN NAFISS - MAÂRIF - CASABLANCA
MAROC - CASABLANCA - TEL : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INPE N° : 091021618

Résidence BENOMAR, Immeuble " B " Rue Ibn Nafiss Maârif – Casablanca
Tel 05.22. 25.06.06/ 05.22.23.22.67 Patente :35701077 IF : 40703715 ICE: 001678806000047



AtlantaSanad
ASSURANCE
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022071572

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 20/05/2022

Soin du : 09/05/2022
Sinistre n° : 040.2022.00296182
Date décision : 24/05/2022
Reçu le : 19/05/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
RADIOLOGIE	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Pharmacie	879.60	0.00	879.60	85.00	747.66
BIOLOGIE MEDICALE	264.60	0.00	264.60	85.00	224.91
Totaux	2 444.20	0.00	2 444.20		2 077.57

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

2 077.57

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S_D_202224109-
I-I_R-2

AtlantaSanad
ASSURANCE
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022071572

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

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES
Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID
Déclaré le : 20/05/2022

Soin du : 09/05/2022
Sinistre n° : 040.2022.00296182
Date décision : 24/05/2022
Reçu le : 19/05/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
RADIOLOGIE	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Pharmacie	879.60	0.00	879.60	85.00	747.66
BIOLOGIE MEDICALE	264.60	0.00	264.60	85.00	224.91
Totaux	2 444.20	0.00	2 444.20		2 077.57

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

2 077.57

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)