



# Declaration de Maladie N° M21- 0011009

مركز  
الأمراض

☐ Maladie 3418 ☐ Dentaire

☐ Optique ☐ Autres

102683

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02418

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Rhiz

Nom & Prénom : Bennan, Jamal

Date de naissance : 13/07/60

Adresse : 558, CGE, Ville Verte, Boukharouj

Tél. : 0661069808 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Oumnia BEN KIRANE  
ANGIOLOGUE PHLEBOLOGUE  
Potente: 35712445 - 17-40700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

Date de consultation : 02/02/2022

Nom et prénom du malade : Houssin, Saouk, Tounsi

Age : 48

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insulinodépendante

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 : Boukharouj

Le : 02/02/22

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-011009

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES

Montant de la Facture

Date \_\_\_\_\_

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

Designation des Coefficients

Montant:  
des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

A M

11

IV

Montant détaillé  
des honoraires

PHLEBOLO

22/02/21

derzeit daher

6882

Phone: 3571744-  
Fax: 0522943897

.....

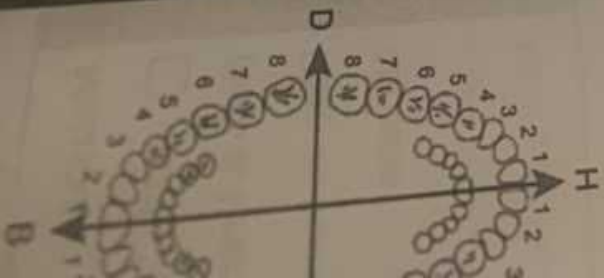
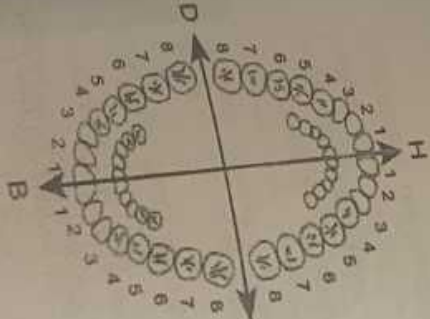
80  
f  
4

.....

INPE: 09102

VOLET ADHÉRENT

Il est entendu que le règlement est conditionnel.



O.D.F.  
PROTHESES DENT

مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي  
**CENTRE d'EXPLORATION VASCULAIRES**

**Dr. oumnia BENKIRANE**

Diplômée de la faculté de  
Médecine de Limoges  
Angiologue - Phlébologue  
Maladies des Artères - Veines  
Lymphatique  
Traitement des varices

الدكتورة أمنية بنكيران  
حائزة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشرايين  
الأوعية اللمفاوية، الدوالي  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 02/02/2022

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

NOM: MME HOUSSINI SQUALI  
PRENOM: MOUNA

MEDECIN TRAITANT : DR.O.BENKIRANE

Motif : INSUFFISANCE VEINEUSE

Types d'Examens : 12 séances de sclérose  
600.00 dhs la séance

Total 7200.00 DHS

SEPT MILLE DEUX CENT DIRHAMS.

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712444 (F 4070018)  
ICE: 00115629000024  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

Résidence Kheir 237,  
angle Bd. Zerkouni  
Bd d'Anfa Casablanca  
CRETARIAT & PRISE DE  
RENDEZ-VOUS  
Tél.: 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

Site web: [www.centrevarices.com](http://www.centrevarices.com)  
Email: [Benkirane.oumnia@gmail.com](mailto:Benkirane.oumnia@gmail.com)