



**MURKAD**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie  
N° M21- 0011009

مركز  
AIRES

Maladie **3418**  Dentaire

Optique

Autres

**10263**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **02418**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**Retraite**

Nom & Prénom : **Benamor Jamal**

Date de naissance : **13/07/66**

Adresse : **558 CG2, 11th road, Bucknall - Az**

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Oumnia BENTIKANE**  
ANGIOLOGUE PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 - N° 10700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - TEL: 0522943897 / 96

**ANE**

Date de consultation **02/09/2018**

Nom et prénom du malade : **Houssaini Sayouti Mans**

Age: **48**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **INFLUENZA** **VERNAUTE**

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 : **El Jadida**

Le : **02/09/2018**

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

الز

ين

94

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

### Cachet et signature du Praticien

### AUXILIAIRES MEDICAUX

du Praticien

Date des  
Soins

Nombre

Montant détaillé  
des Honoraires

Montant

AM

PC

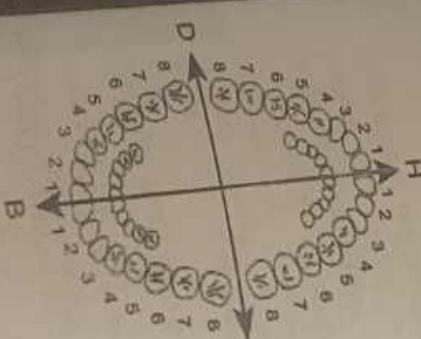
IM

IV

~~Dr. Jeanne  
GENKIN  
PHLEBOLOGUE  
JUNIORIE - PHLEBOLOGUE  
31010 LOGIE - 1F. 40700181  
Télé: 35712445 - 16562900026  
166 00174562943897 196  
INPE: 091023796 - tél: 0522 94 38 97~~

~~0.10.91  
Dernier bolus  
Préalable  
Sang +  
Sérum +  
à l'heure  
en tout~~

## ODF PROTHESSES DENT



Il est entendu que le règlement est conditionné

VOLET ADHERENT

مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدولي  
**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 أمينة بنكريان  
حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشرايين،  
الأوعية السفلوية، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 02/02/2022

DEMANDE D'ENTENTE PREADABLE

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: 3571244 - I.F. 19700101  
ICE: 00115629000024  
INPE: 091023795 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

إقامة الحير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدارالبيضاء

الهاتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

éridence Kheir 237,  
ngle 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

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