



169674

DEVIS

Date : 26/07/2023

Nom et prénom : EL KASSIMY ABDELHAMID

Examen(s) réalisé(s) :

COLOSCANNER

TOTAL MONTANT
2500 DH

Arrêtée le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE CINQ CENTS DH

Relevé d'identité bancaire:
Banque Centrale Populaire
Agence Hassane Souktani
238, bd Zerktouni
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73


Signature
RADIOLOGIE Abou Madi
Abou Madi
238, bd Zerktouni
20000 Casablanca
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: c_radiologie@menara.ma
Patente : 35509523 IE - 01086163 CNSS - 2623884 ICF - 001342370000057



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le... 26/7/23

M. EL KASSIMY ABDELH *Amir*
Né le : 11/03/1966

CJ023G26085103

DR. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, Bd. Ain Taoujtate - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 53

faire Prescrite,

XX Un Colo Scanner
(Gastroscope virtuel)

Passage impossible de l'angle
sifoné oblique lors
de la Coloscopie

DR. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, Bd. Ain Taoujtate - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 53

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



N° W21-787022

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6859 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KASSIMY ABDELHAMID

Date de naissance : 11/03/1966

Adresse : 199 BOULEVARD ANZARANE APPT 14 L'EN-DESSUS

RESIDENCE EL WALIDA MARIIE CASA

Tél. : 0664602585 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE MED JALIL
10 JUL. 2023
13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

Date de consultation : 10 JUL. 2023

Nom et prénom du malade : EL KASSIMY Abdelhamid

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ballonnement, trouble du transit, reflux

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-787022

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 :