



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 Zerkouni  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

26/7/23

M. EL KASSIMY ABDELH *Amid*  
Né le : 11/03/1966  
  
CJ023G26085103

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

faire Proctoscopy

~~xx~~ Un Coloscopy  
(Clescopie rectuelle)

Passage impossible de l'angle  
supra-anal chez le bras  
de la Coloscopy

DR. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13 Bd. Ain Taoujilate - 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 BD Bir ANZARANE Apt 14  
Residence EL WALIDA MAARIF CASA

Tél. :

0664602585

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. BENKIRANE MED JALIL*  
10 JUIL. 2023 TO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. ANT AOUJTA - CASA

Date de consultation :

10 JUIL. 2023

Nom et prénom du malade :

Mr EL KASSIMY ABDELHAMEID

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ballonnemem, Purpore du transit, Rech

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 :