

197581

CASABLANCA, LE 05/03/2024

DEVIS

M-24-03-0091-050

N° D240002017 05/03/2024

Safas.r

Nom et prénom du patient : **KASSMI NABIL**

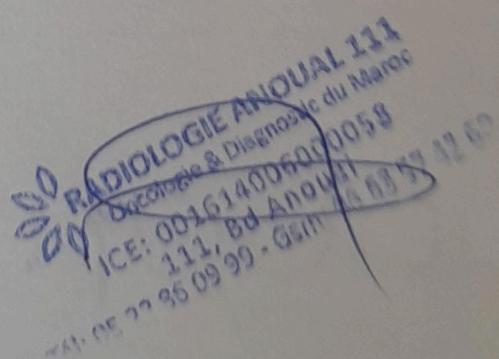
Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**  
**Examen radiologie**

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM ABDOMINO PELVIENNE	1	1 600.00	1 600.00
<b>Sous-Total</b>			<b>1 600.00</b>

(\*) Produits facturés à l'unité

**Total devis** 1 600.00



# Dr. Abdeslam El Madani



Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès

Coeliochirurgie  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Chirurgie Cancerologique  
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne  
Proctologie - Chirurgie des Varices  
circconcision

## د. محمد السلام المداني

جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحة بالمنظار

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

جراح سابق بالمستشفي العسكري بمكنا

الجراحة بالمنظار

جراحة الجهاز الهضمي و المخرج

الجراحة الباطنية وال العامة

جراحة النساء و الغدد

جراحة السرطان - جراحة العروق

الختانة

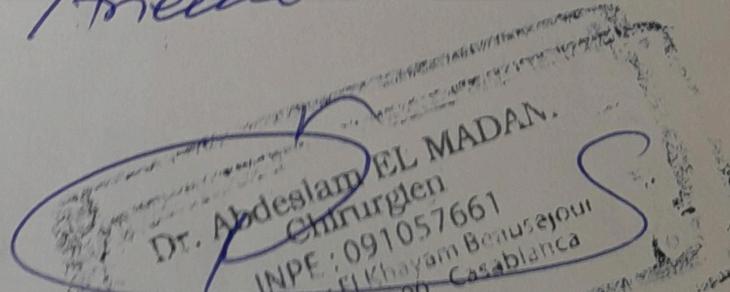
4 Mars 2024

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

## Demande pour le patient Mr KASSMI Nabil

TDR Abdeslam - Nabil

Dr. Abdeslam - Nabil  
Annee



22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - CASA  
Tél. : 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06.92.51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080  
Site Web : www.dr-elmadani.com - برج البحريني - 0522 36.69.00 - Casablanca

في حالة المستعجلات الاتصال بمصحة المحيط (ياسمين سابق) 05 22 39 69 60/36 00 94/95/96

En Cas d'Urgences Contacter Oceanic Clinic (Ex Yasmine) au Tél. : 05 22 39 69 60/36 00 94/95/96

# Déclaration de Maladie

W21-841843

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11069 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSMI NASIL

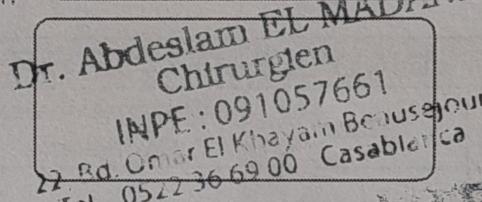
Date de naissance : 12/01/1974

Adresse :

Tél. : 661632278 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : Kassmi Nasil Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Anemie + ulcère gastrique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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

W21-841843

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 : .....