

161053

Dr. Zakia Soubhi

Spécialiste en ORL
& Chirurgie Cervico-Faciale
Laureate de la Faculté de Médecine de RENNES
- Surdité - Vertige
- Chirurgie du cou et de la thyroïde
- Chirurgie de l'Oreille
- Chirurgie du Nez et Sinus



د. زكية سوبهي
أخصائية في أمراض و جراحة
الأنف، الأذن و الحنجرة
خريجة كلية الطب رين
- نقص السمع - الدوحة
- جراحة العنق و الغدة الدرقية
- جراحة الأنف، الأذن و الحنجرة

Casablanca, le : 09/05/2023 الدار البيضاء، في :

Mr SKALLI HOUSSEINI Mohamed 72 ans

AUDIOPROTHÈSE DROITE POUR SURDITÉ MIXTE

Zakia SOUBHI
ORL
Casablanca
0524 21 10

Dr. Zakia Soubhi
Spécialiste en ORL
& Chirurgie Cervico-Faciale
Lauréate de la Faculté de Médecine de RENNES
- Surdité - Vertige
- Chirurgie du cou et de la thyroïde
- Chirurgie de l'Oreille
- Chirurgie du Nez et Sinus



Casablanca, le :

الدار البيضاء، في : 09/05/2023

ة سوسي
في أمراض و جراحة
، الأذن و الحنجرة
كلية الطب رين
مع - الدوحة
بنق و الغدة الدرقية
ف، الأذن و الحنجرة

Mr SKALLI HOUSSEINI Mohamed 72 ans

AUDIOPROTHÈSE DROITE POUR SURDITÉ MIXTE

Devis N° : 31/2023
Casablanca le : 16/05/2023

Nom : SKALLI HOUSSEINI
Mohamed

Concernant : Appareillage auditif

Ordonnance de Mr. le Docteur : SOUBHI Zakia

ARTICLE	CODE	MARQUE	REFERENCE	N° DE SERIE	PRIX HT
Appareil OD			Moment 220 RIC		14 000,00
Appareil OG					
Embout ou coque OD			Embout immediat		
Embout ou coque OG					
Piles					
Autres					

garantie 2 ans contre vice de fabrication :

exposition à l'eau n'est pas garantie.

la casse n'est pas garantie.

tout mauvais traitement infligé à l'appareil n'est pas garantie.

TOTAL (HORS T.V.A)

14 00

présent Devis est arrêté à la somme de: Quatorze Mille dirhams Hors TVA 20% Exonérée.

Cachet & signature :

AUDITION NET
NC: 470827 - IP: 47259544
ICE: 00264610200014
Email: audition.auditionnet@gmail.com
06 42 22 12 09



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0027051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zakia SOUBHI

ORL

HNPE. 091130740
269 Bd Ziroua 1er étage Appt 33 Casablanca
Tél 05 22 22 38 39 - 06 67 61 21 10

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09 / 05 / 2027

Nom et prénom du malade : Sakia Houssain 7 ans Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oreille

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

déclaration de maladie M22-0027051



MUPRAS
Mutuelle de l'Personnel
et d'Actions Sociales
du BTP et du Minier

Déclaration de Maladie
M22- 0027051

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Cadre réservé

Maternité

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Maternité

Acci

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tel.

Bénéfice

Autre

Cadre réservé au Médecin

Total des frais engagés
Dr. Zakia SOUBHI
ORL
INPE 08 1130740
JAN MA Chirurgie 1er stage Appt. 33 Casablanca
Tél 06 22 22 38 39 06 67 81 21 10

Date de consultation : 09/05/2023
Nom et prénom du malade : Zakia Houssaini Sexe : Féminin Masculin Age : _____
Enfant :
En de parenté : Lui-même Conjoint _____
Nature de la maladie : affection oreille Pathologie : _____
Maladie longue durée ou chronique : ALD ALC

d'accident préciser les causes et circonstances : _____
cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'assemblée générale de la Mutuelle.

sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

ET ADHERENT

maladie M22-0027051

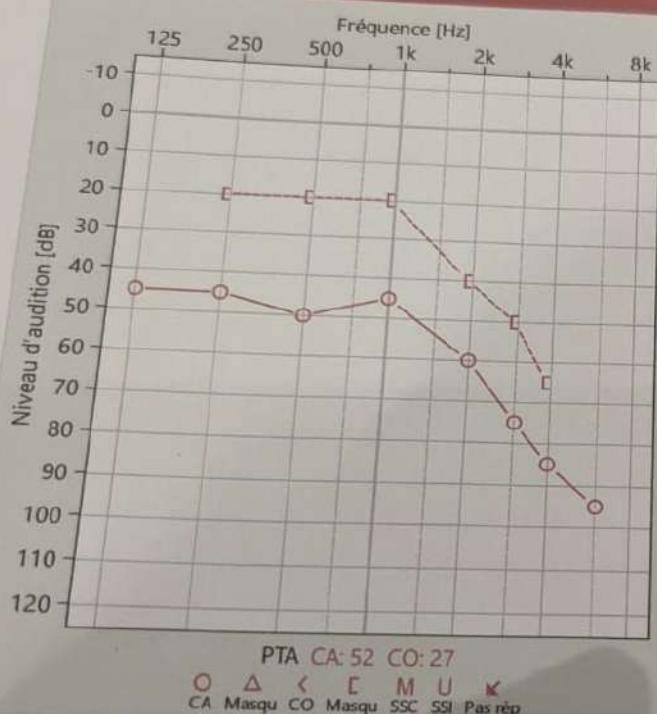
Joint à ce document, découpez le et conservez le.

Il vous servira de preuve pour toute

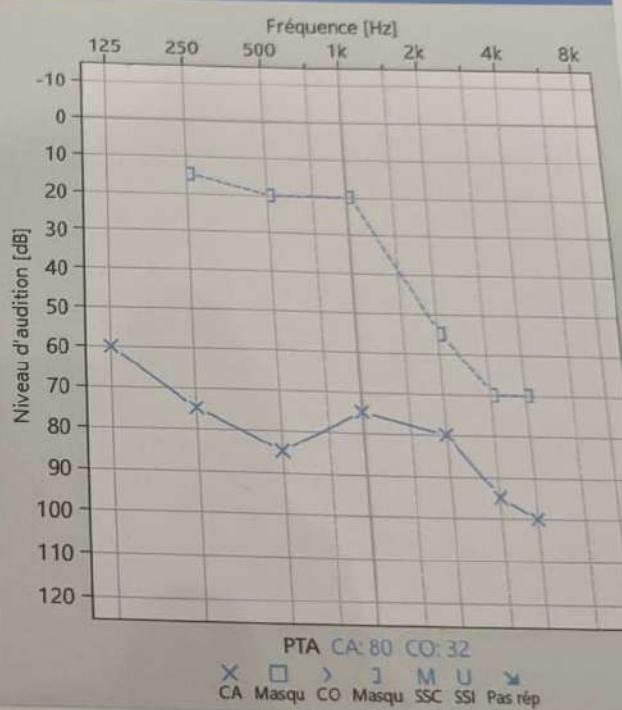
Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____

Audiométrie en Son Pur

Oreille Droite



Oreille Gauche



Masquage

	125	250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k	6k	8k
CO	35	35		35			55	65	80		

Masquage

	125	250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k	6k
CO		30	35		35		70	90	85	

Appareil: MA 42

Numéro de série: MA9091175

Date d'étalonnage: 29/

Remarques: