

*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 thyroide  
- Chirurgie de l'Oreille  
- Chirurgie du Nez et Sinus

161053



د. زكية سوبحي  
أخصائية في أمراض و جراحة  
الأنف، الأذن و الحنجرة  
خريجة كلية الطب رنيس  
- نقص السمع - الدوخة  
- 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  
30740  
Casablanca  
21 10

Dr. Zakia Souhbi

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



 ة سوبحي

في أمراض و جراحة

الاذن و الحنجرة

كلية الطب رين

مع - الدوخة

نق و الغدة الدرقية

ف، الاذن و الحنجرة

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

**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		<b>WIDEX</b>	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 :  
L'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)**

14 000,00

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

Cachet & signature :

**AUDITION NET**  
RC: 47259544 - IF: 47259544  
ICE: 06264610200014  
Email: 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 : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Zakia SOUBHI**  
**ORL**

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 09/05/2022

Nom et prénom du malade : SKANI Housseine Age: 16 ans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
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 **M22-0027051**



Déclaration de Maladie

M22- 0027051

- Maladie
- Dentaire
- Optique
- Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

Adult

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél.

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin **Dr. Zakia SOUBHI**  
G.R.L.

INPE 09 130740  
285 Bd. Zaire 1er étage App. 33 Casablanca  
Tél. 06 22 22 38 39 - 06 67 61 21 10

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/05/2017 Age: 26 ans

Nom et prénom du malade : SRANI HOUSSAIN  Conjoint  Enfant

Degré de parenté :  Lui-même

Durée de la maladie : affection Pathologie : SAU

Maladie longue durée ou chronique :  ALD  ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'avis du conseil de la Mutuelle.

Je certifie 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.

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

ET ADHERENT

maladie M22-0027051

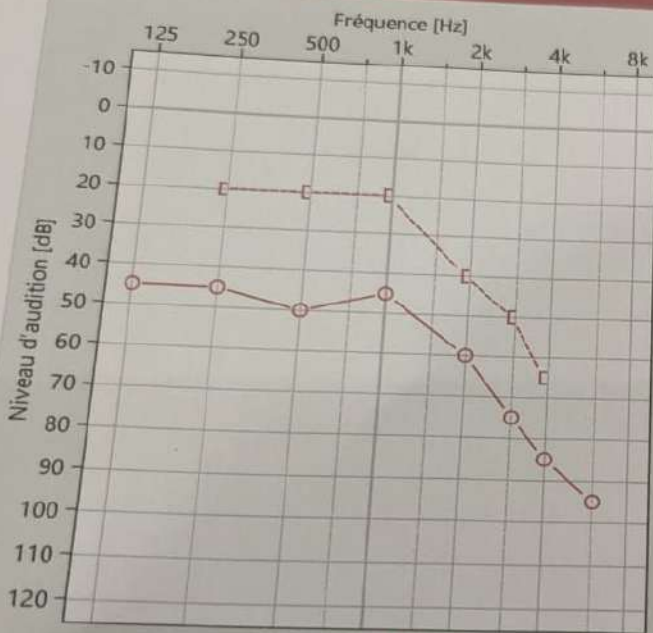
placet, découpez le et conservez le.

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

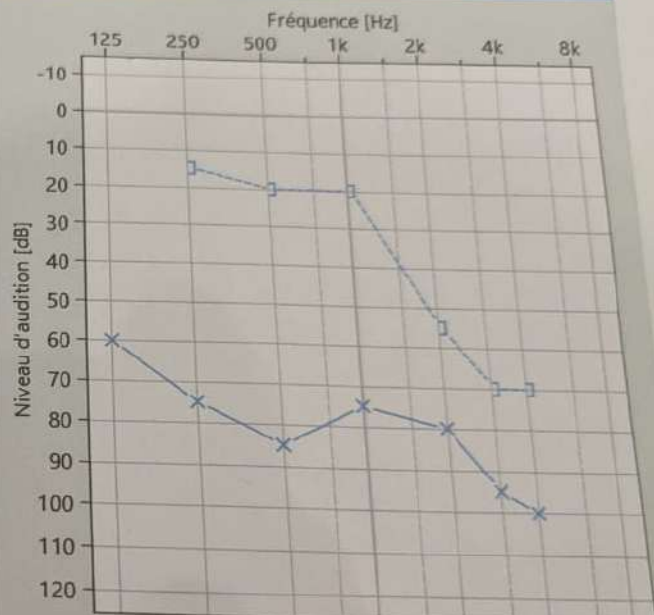
## Audiométrie en Son Pur

Oreille Droite



PTA CA: 52 CO: 27  
 O Δ < E M U <  
 CA Masqu CO Masqu SSC SSI Pas rép

Oreille Gauche



PTA CA: 80 CO: 32  
 X □ > ] M U >  
 CA Masqu CO Masqu SSC SSI Pas rép

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:

*Handwritten notes in French, partially illegible.*