

CASABLANCA LE 01/12/2023

DEVIS

Madame BENNIS EP AFAKHRI HIND

Videonystagmographie VNG

1500.00 DHS

VHIT

1000.00 DHS

Potentiels évoqués otolithiques PEO

1100.00 DHS

Manœuvre libératoire

700.00 DHS

Posturographie

500.00 DHS

ARRETEE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE : 4800.00 DHS

QUATRE MILLE HUIT CENT DIRHAMS.

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
7ème Etage - Casablanca
Tél : 0522 47 39 80 / 0522 47 41 31

47, Angle Bd Anfa & Moulay Youssef – Résidence Roia – 7ème étage – Casablanca –

Tél : 05 22 47 39 80 / 05 22 47 41 31 Fax : 05 22 47 42 23

Email: crefon.maroc@gmail.com – Site Web : www.crefonmaroc.com

Patente : 35590408 – R.C : 147367 – I.C.E : 000028159000090

الدار البيضاء في Casablanca, le

28/11/2023

BENNIS EP AFAKHRI Hind

ATCD DE VERTIGES IL Y A 4 ANS MAIS ACT D INSTALLATION
BRUTALE APRES OMRA
VERTIGES D ALLURE POSITIONNELS
EX RAS TYMPANS NX

VNG VHIT
PO
MANEUVRE
POSTURO

Professeur BENGHALEM

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
7ème Etage - Casablanca
Tél : 0522 47 39 80 / 0522 47 41 31

Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-faciale
58, Bd. Rachidi Casa - Tél. : 05 22 48 63 65
ICE : 001711024000057 - INPE : 091022103

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél.: 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58. شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél.: 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42
E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057 / INPE : 091022103



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-494650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9399 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM

Date de naissance : 24/07/1971

Adresse : N°27 LOTISSEMENT RYAN PARTNER
ROUTE D'AZZEMOUR USA

Tél. : 0661109669 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 0855 Le : 01/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-494650

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES ACTES														
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes										
				INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	1/12/23	K60	K60	K60		1500
		K60	K60	K60		1100
		K60	K60	K60		1000
		K20				500
		K30				700

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.