

# REMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

## ACTIVLES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditionnelles :

- Le carcé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le carcé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La val la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entéable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extraoultiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que ps les actes effectués en série.
- En cas de accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmaci

- Les vides médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour icaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiobiologie :

- La facsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointe à l'ordre de la mutuelle pour toute demande de remboursement.
- Un plientiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mut

### Optique :

- L'ordre du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducat

- L'entéable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réedu
- Pour busement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire

- En carothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligant le début de traitement.
- La fact être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La racc soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie Iction Longue Durée ALD et ALC :

- La dén de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### AdrMails utiles

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 0 Réclai                   | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise ge                 | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhéshangement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS je respecte de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère pl.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **5248**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : **Retraitee**

Nom & Prénom : **MOUAFFAK KHADIJA**

Date de naissance : **27/10/1983**

Adresse : **Rue Farache n°61 Appart n°15 Casablanca**

Tél. : **06 24 54 22 88**

Total des frais engagés : **700,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cabinet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **25/10/18/2019**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet/nature du Laboratoire Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
26/05/19 B. Chambon 761-05-27	26/05/19	Kra	4000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachignature dicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

**SACHT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 26/09/2019

Pati<sup>e</sup>nte : MOUAFFAK KHADIJA

Prescripteur : Dr EL GHOMARI HASSAN

### ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La glande thyroïde est augmentée de taille au dépends du lobe droit, elle mesure :
  - Lobe droit : 5.2 x 2.9 x 2.3 cm.
  - Lobe gauche : 4.2 x 2 x 1.8 cm.
  - Isthme : 0.4 cm d'épaisseur.
  - Soit un volume de 26 cc.
- Elle est d'échostructure hétérogène, siège de plusieurs nodules.
- Présence en lobo-isthmique droit d'un nodule bien limité isoéchogène avec une portion modérément hypoéchogène, sans calcifications, à vascularisation principalement périphérique au Doppler couleur, mesurant 31 x 18.5 mm.
- Il s'y associe au niveau des 2 lobes thyroïdiens des nodules bien limités isoéchogènes dont certains partiellement kystisés dont le plus volumineux à droite est polaire inférieur mesurant 21 x 14.3 mm et le plus volumineux à gauche est polaire inférieur mesurant 17 x 14 mm.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Aspect atrophique de la glande sub-madibulaire droite.
- Glandes sub-mandibulaire gauche et parotides d'aspect normal.
- Axes vasculaires libres.

### **CONCLUSION :**

- Aspect échographique d'un goitre multinodulaire avec nodule lobo-isthmique droit classé TI-RADS 4A associé à des nodules lobaires droits et gauches classés TI-RADS 3.

DR. ROKIA BENBOUBKER  
Radiologue  
Ghani 282  
Cordialement  
NPF 091201244  
DR BENBOUBKER

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER  
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

## Facture

N° :4409/2019  
Casablanca, le 26/09/2019

Nom patient : MOUAFFAK KHADIJA

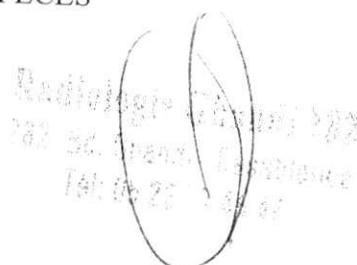
Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Montant : quatre cents (400 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**QUATRE CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES



**Docteur Hassan EL GHOMARI**

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc  
de Montréal - Canada



**الدكتور حسن الغماري**

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التنفسية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

٢٥/٠٩/١٩

الدار البيضاء، في :

MONASTIR L'HADJAT

P.S.

Dr Hassan El Ghomari  
El Houda Center  
El Houda Center

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tel: 05 22 86 14 14

**Radiologie Ghandi 282**  
282, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 77 45 45

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

