

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

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

Pharmacie :

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

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

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

Rééducation :

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

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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



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

complément
Déclaration de Maladie
N° M20- 0000252

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 748 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Chraïbi Latifa
 Date de naissance : 20/10/62
 Adresse : 102, Avenue 2 Mars - Residence 2 Mars - quarte
de l'hôpital C.A.S.A
 Tél. : 0661806264 Total des frais engagés : 2106,60 + 2.000 Dhs
200 + 500 + 525,30 + 43,20 = 48,00

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 : CASA Le : 18/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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

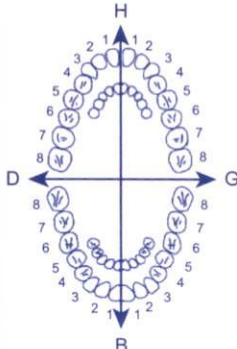
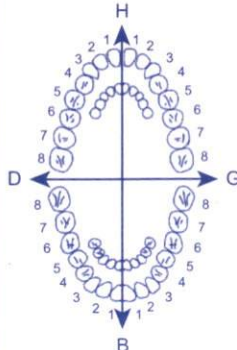
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date d'édition : 23/06/2022 10:28:19

MR IBN ZIDOUN ALI
NO 102 BD 2 MARS

CASABLANCA

CASABLANCA MAARIF
20100

Accusé de Réception



N° de Dossier :

74941094

Date et heure : 23/06/2022 10:27

Nom et prénom Assuré :

IBN ZIDOUN ALI

Immatriculation :

44384831 / 040142998

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: IBN ZIDOUN ALI

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40105

Valeur en Dirhams :

2 406,60

Nombre de pièces : 12

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0088

Nom Etablissement :

1935,00



5.0.2.0

Date d'édition : 23/06/2022 10:29:22

MR IBN ZIDOUN ALI
NO 102 BD 2 MARS

CASABLANCA

CASABLANCA MAARIF
20100

N° de Dossier :

74941142

Date et heure : 23/06/2022 10:28

Nom et prénom Assuré :

IBN ZIDOUN ALI

Immatriculation :

44384831 / 040142998

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: IBN ZIDOUN ALI

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40105

Valeur en Dirhams :

1 372,20

Nombre de pièces : 8

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0088

Nom Etablissement :

Accusé de Réception



10 041142

Accueil > Application > assure app

IBN ZIDOUN ALI

441: 384831

App: 207022



Accueil > Application > assure app

ciw: B. 378243

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/decouvrir)

📄 Mes Situations

👛 Remboursements

👛 Prises en charge

📄 Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE



📌 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	01/09/2022	Virement	-	1 372,20	769,44	178,51	947,95
74941142	23/06/2022	Payé en : 70 jours		IBN ZIDOUN ALI	1 372,20	769,44	178,51	947,95
- 1	-	30/07/2022	Virement	-	2 406,60	1 369,50	565,50	1 935,00
74941094	23/06/2022	Payé en : 37 jours		IBN ZIDOUN ALI	2 406,60	1 369,50	565,50	1 935,00
- 1	-	10/05/2022	E-Mandat	-	2 196,00	1 447,20	598,80	2 046,00
73257771	21/03/2022	Payé en : 50 jours		IBN ZIDOUN ALI	2 196,00	1 447,20	598,80	2 046,00
- 1	-	18/02/2022	E-Mandat	-	2 548,20	1 627,76	669,04	2 296,80
71556478	23/12/2021	Payé en : 57 jours		IBN ZIDOUN ALI	2 548,20	1 627,76	669,04	2 296,80



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

CHIRURGIEN

ألبروكسيسور علي أوبو خليك
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 31.5.22

Mr = IBN Zidoun

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

506.00 x3

Dopezil 10

1518.00

14pl x 3 mois

126.00 x3

Cikentra 10

328.00

14pl x 3 mois

35.00 x6 - Becidouze

210.60

210.60

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale



DOPEZIL®RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale



DOPEZIL®RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale



CILENTRA®10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA®10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



CILENTRA®10 mg
Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

BECIDOUZE®
20 dragées



6 118000 031192

Ile de soins par personne et

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

ns doit être accompagnée de es justificatives originales (médicales, factures, résultats radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

om de la personne soignée s par les praticiens eux mêmes e de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

et les PPM concernant les etés doivent être joints aux ismises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

soins ainsi que les pièces vent être présentées à votre s deux mois qui suivent le lical, sauf s'il y a traitement Dans ce dernier cas, le dossier : dans les soixante (60) jours 1 du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التماسدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

ent des frais engagés sera se de la tarification nationale

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

aux accidents du travail et onnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

upable de fraude ou de fausse obtenir des prestations qui , est passible des sanctions entaires.

كل من ثبت عليه قس أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

remboursement prise par la rdonnée au respect des entaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle توقيع وطابع التماسدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

CNOPS

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مجمع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : IBN ZIDOUN A. J. الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 210710212 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 44 13848314 رقم التسجيل :

N° CIN : 183782419 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 402 B.D. 2 MARS Résidence 2 MARS العنوان

ETG. 6 APT 13 Quartier des Hôpitaux CASA 4005 FA

Montant des frais (Dhs) : 2406,60 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : IBN ZIDOUN A. J. الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 10/01/1994 01/01/94 تاريخ الزيداد :

N° CIN : 183782419 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0941032284 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐ قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* | Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* | Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : حرر بـ

le : في

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر بـ

le : 31/05/22 في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
22 C			90000	

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

es ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

on	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
2022	99,20	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
07/06/2022	1030			500,00	

INP: LAL 10111111

INP: LNPE 091027813

INP: 1111111111

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: 1111111111

INP: 1111111111

par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : IBRAHIM ALI الشخصي :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

ن المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 102 Bd 2 Mars Res. Des 201 A

616 6 Apt 13 Quartier des Hopitaux

Montant des frais (Dhs) : 1372,20 (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 8 : فقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

علاجات

Nom et prénom : IBRAHIM ALI الشخصي :

Date de naissance : 14/01/1964

N° CIN : B378249 : يف الوطنية :

Sexe* : ☒ M ☐ F ذكر ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

ف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Maladie* ☐ مرض*

Maternité* ☐ أمومة*

Hospitalisation* ☐ استشفاء*

Accident* ☐ حادث*

Pli confidentiel remis* : ☒ Oui ☐ Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CHENCHA

le : 22/06/2022 في

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sines

Fait à : CHENCHA

le : 07/06/2022

الطبيب (المعالج)
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'E

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

بيع هذا المطبوع

IM IDRISSE ABULAHJOUL

Endocrinologie, Diabétologie
étaboliques

licite Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

ritétique

pompe à insuline, Insulinothérapie fonctionnelle

ertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

ard de croissance et de puberté

yse - Surrénales

I - Stérilité du couple

ialisés - Maigreux

ille après chirurgie bariatrique

ne enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري
وأأمراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على:

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليسترول - إرتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

07 juin 2022

Mr. IBN ZIDOUN ALI

FORTE 100 000

ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les 15 jours pdt 2 mois

60 x 2
88,20



Dr. Siham IDRISSE ABULAHJOUL
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
49, Avenue 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Étage N° 8 Casablanca
Tél: 05.22.222.41 / Fax: 05.22.222.41

Dr. Mohamed LAHLOU
PHARMACIE L.M.V
28, Bis Rue Salomonique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél: 05.22.85.43.95
Fax: 05.22.81.53.31
RC: 318383 - IF: 15221985



angle Victor Hugo - Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

49, شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - البيضاء

22 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

DOCTEUR SIHAM IDRISSE ABULAHJOUL

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques

Diplômée de Paris:

Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

Diplôme de Thyroïdologie

Diplôme de Nutrition et Diététique

Capacité de traitement par pompe à insuline, Insulinothérapie fonctionnelle

Diabète - Cholestérol - Hypertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

Hormones - troubles et retard de croissance et de puberté

Thyroïde - Goitre - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreux

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري
وأأمراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على:

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليسترول - إرتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

07 juin 2022

Casablanca, Le
Mr. IBN ZIDOUN ALI

DIMAZOL 10MG

1 / 2 cp / jour, 3 mois

18,00



Dr. Siham IDRISSE ABULAHJOUL
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
49, Avenue 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Étage N° 8
Tél: 05.22.222.41 / Fax: 05.22.222.41



Dr. Mohamed LAHLOU
PHARMACIE L.M.V
28, Bis Rue Salomonique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél: 05.22.85.43.95
Fax: 05.22.81.53.31
RC: 318383 - IF: 15221985



49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo) - Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com - البيضاء (قرب ثانوية محمد الخامس) - الطابق 2 رقم 8 زاوية فيكتور هوغو

Tél.: (+212) 5 222 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

M IDRISSE ABLOUHOUD

Endocrinologie, Diabétologie
Métaboliques

Clinique Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

Médecine

Diabète - Insulinothérapie fonctionnelle

Hypertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

Retard de croissance et de puberté

Adénome - Surrénales

- Stérilité du couple

Obèses - Maigreurs

Diabète après chirurgie bariatrique

Diabète enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري
وأفراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على:

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليسترول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

اضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - الحفافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

Mr IBN ZIDOUN ALI

REF / GAB 90 / 2022 /

DR ABLOUHOUD

SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE :

Corps thyroïdien de dimensions augmentées aux dépens du lobe gauche.

On y repère un nodule hyperfixant (chaud) lobaire inférieur gauche extensif pour le reste du parenchyme thyroïdien.

On note également la présence de nodules hypofixants (froids) lobaire supérieur et médiolobaire gauche.

La captation globale de la glande est normale.

CONCLUSION :

Goitre multinodulaire toxique.

CASABLANCA LE 10 / 06 / 2022

Docteur Mohamed BLOUHOUD
Cabinet d'Exploration Radio-isotopiques
111, Bd. Anoual - CASABLANCA
Tél : 05.22.86.09.35 - Fax : 05.22.86.41.33

Docteur Mohamed BLOUHOUD
Cabinet d'Exploration Radio-isotopiques
111, Bd. Anoual - CASABLANCA
Tél : 05.22.86.09.35 - Fax : 05.22.86.41.33

MR IBN ZIDOUN ALI

07/06/2022

Scintigraphie thyroïdienne

Nodules Thyroïdiens

TSH à 0,05 mU/L

Dr. Sihem IDRISSE ABLOUHOUD
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
19, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2^{ème} Etage - N°3 Casa
Tél : 05.22.222.411 Fax : 05.22.222.411

Angle Victor Hugo - Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

idrissi@gmail.com - البيضاء - (قرب ثانوية محمد الخامس) - رقم 8 الطابق 2 - زاوية فيكتور هوغو - 2 شارع 2 مارس

22 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

Docteur
BENOUHOUD Mohamed
Radio-Isotopiste

OBJET : FACTURE N° GAB 90 / 2022

PATENTE : 3636 2390
C.N.S.S : 2172435
I.F. : 44409400
ICE : 001643016000063

Mr IBN ZIDOUN ALI

EXAMEN :

SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE 525,00 DH

INPE:091027813

CASABLANCA LE 10 / 06 / 2022

Docteur Mohamed BENOUHOUD
Cabinet d'Exploration Radio-Isotopiques
111, Bd. Anoual - Cas. BLA Med.
Tél: 05.22.86.09.35 - Fax: 05.22.86.11.33

Casablanca, le 07/06/2022

Dr. ABOULAHJOUL IDRISSE Siham
Endocrinologue

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), IBNZIDOUN ALI

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Lobe thyroïdien droit :

- Taille : augmentée, mesurant 22 x 22 x 63 mm, soit un volume de 16,5 cc.
- Echostructure : hétérogène, siège de multiples nodules solides, isoéchogènes, le plus volumineux siège en isthmo-lobaire, de contours réguliers, ovalaire, mesurant 8 x 14 x 12 mm (EU-TIRADS 3).
À noter également la présence de multiples nodules spongiformes, le plus volumineux siégeant au niveau du 1/3 moyen, mesurant 2 x 11 x 14 mm (EU-TIRADS 2).
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Lobe thyroïdien gauche :

- Taille : augmentée, mesurant 17 x 21 x 60 mm, soit un volume de 12 cc.
- Echostructure : hétérogène, siège de multiples nodules solido-kystique, isoéchogènes, les plus volumineux siège au niveau du tiers moyens et inférieurs, de contours réguliers, arrondis, mesurant respectivement 7 mm de diamètre et 9 mm de diamètre (EU-TIRADS 3).
À noter également la présence de multiples nodules spongiformes, le plus volumineux siégeant au niveau du 1/3 inférieur, mesurant 14 x 9 x 16 mm (EU-TIRADS 2).
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Isthme : taille augmentée, hétérogène, siège d'un kyste mesurant 6 mm de diamètre.

Les glandes parotides et sous-maxillaires ne présentent pas d'anomalie notable.

Présence de ganglions latéro-cervicaux bilatéraux, infra-centimétriques, ovalaires, d'architecture conservée, sans hyperhémie périphérique au doppler couleur, d'aspect normal.

Les axes vasculaires sont libres.

Conclusion :

Goitre hétéro-multinodulaire classé EU-TIRADS 3.

THYROÏDE 10/06/2022

%

73



-5

(B:-5%,T:73%)

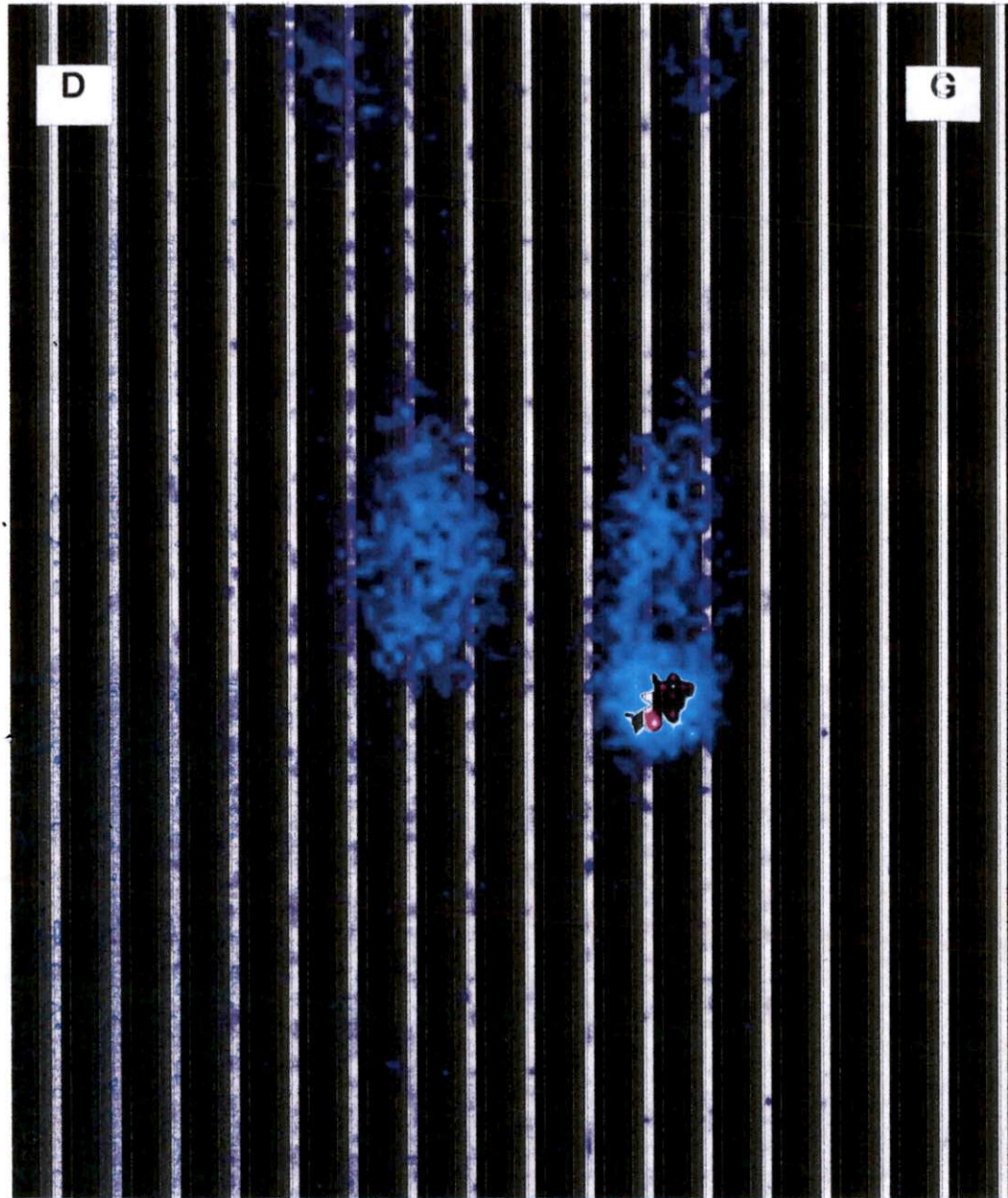
FACE ANTERIEURE 43K Durée : 300sec 128x128 Pix1,5mm 99m Tc :hnetium

IBN ZIDOUN ALI

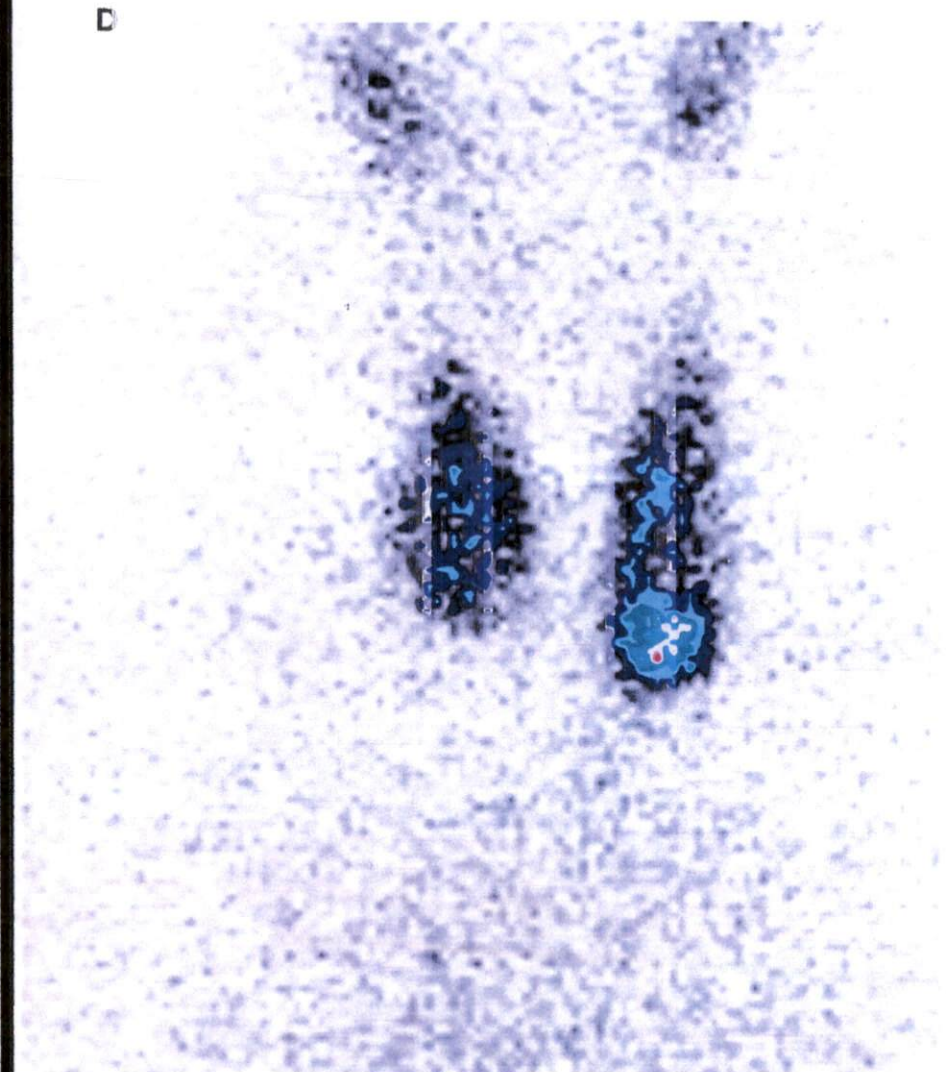
11/04/1944

SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE

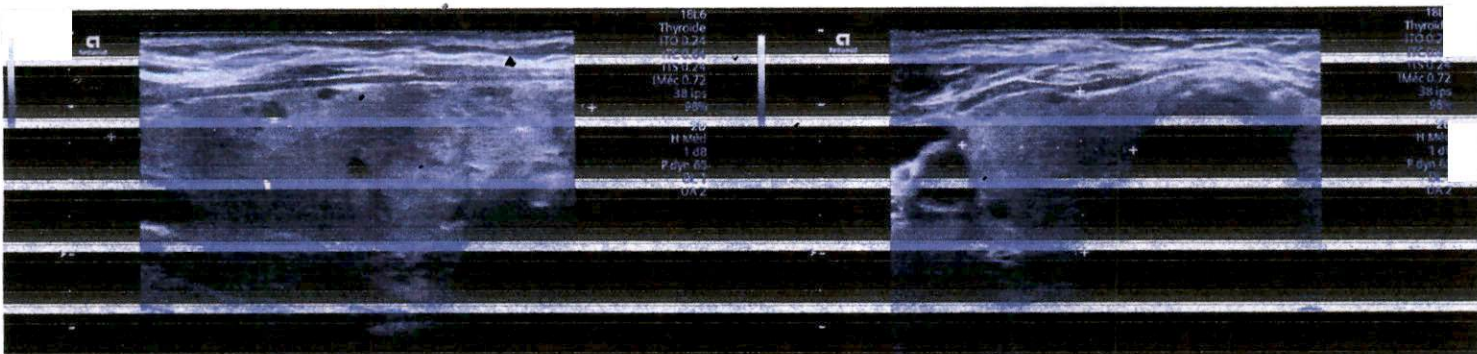
10/06/201



FACE ANTERIEURE 99m Technetium



FACE ANTE RIEURE 43K Durée : 300sec 99m Technetium



THYROIDE LOBE DROIT

THYROIDE LOBE DROIT



THYROIDE LOBE GAUCHE

THYROIDE LOBE GAUCHE



NODULE 1/3 MOY LOBE DROIT

NODULE ISTHMO-LOBAIRE DROIT



NODULES SPONGIFORMES

NODULE 1/3 INF LOBE GAUCHE

