

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

M22- 0053815

Optique **13999** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5242** Société : **Veuve de M. Boughanif**
 Actif Pensionné(e) Autre : **Bouhach Saida épouse Boughanif**
 Nom & Prénom : **Bouhach Saida épouse Boughanif**
 Date de naissance : **16/07/1955**
 Adresse : **64 lot A 1000m Sidi maaoui fakir Rue 28**
 Tél. : **0641.73.41.94** Total des frais engagés : **1822,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **Bouhach**

RELEVE 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

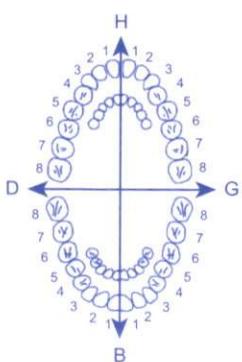
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et 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 la CNOPS 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاونية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier: _____

تاليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 المشتراء وأثنائها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ما دعا 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :
N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم الانخراط :
N° d'Affiliation :
N° Immatriculation :
N° CIN :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) *
Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان :
Montant des frais : درهم Dhs
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :
Tarihe al-zidadi :
N° CIN :
Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس* :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :
نوع العلاجات :
تم تقديم الطرف المغلق*:
Pli confidentiel remis : Oui Non
Tarihe al-jmel :
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Tarihe al-rizq للولادة :
Date d'accouchement :
Tarihe al-astshafe :
Date d'hospitalisation :
Tarihe al-hadath :
Date d'accident :
Causes :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à :
le :
Toujours le :
Signature de l'assuré (e)
INP : identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à :
le :
Toujours le :
Signature de l'assuré (e)
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* أنشط بالغة

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant Facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et cachet du médecin traitant	
04/11/2022	C	LECO		250,00		
02/11/2022	S			4		
21/10/2022	S			8		
				9		
				1		
				2		
				3		
				4		
				5		
				6		
				7		
				8		
				9		
				10		
				11		
				12		
				13		
				14		
				15		
				16		
				17		
				18		
				19		
				20		
				21		
				22		
				23		
				24		
				25		
				26		
				27		
				28		
				29		
				30		
				31		
				32		
				33		
				34		
				35		
				36		
				37		
				38		
				39		
				40		
				41		
				42		
				43		
				44		
				45		
				46		
				47		
				48		
				49		
				50		
				51		
				52		
				53		
				54		
				55		
				56		
				57		
				58		
				59		
				60		
				61		
				62		
				63		
				64		
				65		
				66		
				67		
				68		
				69		
				70		
				71		
				72		
				73		
				74		
				75		
				76		
				77		
				78		
				79		
				80		
				81		
				82		
				83		
				84		
				85		
				86		
				87		
				88		
				89		
				90		
				91		
				92		
				93		
				94		
				95		
				96		
				97		
				98		
				99		
				100		
				101		
				102		
				103		
				104		
				105		
				106		
				107		
				108		
				109		
				110		
				111		
				112		
				113		
				114		
				115		
				116		
				117		
				118		
				119		
				120		
				121		
				122		
				123		
				124		
				125		
				126		
				127		
				128		
				129		
				130		
				131		
				132		
				133		
				134		
				135		
				136		
				137		
				138		
				139		
				140		
				141		
				142		
				143		
				144		
				145		
				146		
				147		
				148		
				149		
				150		
				151		
				152		
				153		
				154		
				155		
				156		
				157		
				158		
				159		
				160		
				161		
				162		
				163		
				164		
				165		
				166		
				167		
				168		
				169		
				170		
				171		
				172		
				173		
				174		
				175		
				176		
				177		
				178		
				179		
				180		
				181		
				182		
				183		
				184		
				185		
				186		
				187		
				188		
				189		
				190		
				191		
				192		
				193		
				194		
				195		
				196		
				197		
				198		
				199		
				200		
				201		
				202		
				203		
				204		
				205		
				206		
				207		
				208		
				209		
				210		
				211		
				212		
				213		
				214		
				215		
				216		
				217		
				218		
				219		
				220		
				221		
				222		
				223		
				224		
				225		
				226		
				227		
				228		
				229		
				230		
				231		
				232		
				233		
				234		
				235		
				236		
				237		
				238		
				239		
				240		
				241		
				242		
				243		
				244		
				245		
				246		
				247		
				248		
				249		
				250		
				251		
				252		
				253		
				254		
				255		
				256		
				257		
				258		
				259		
				260		
				261		
				262		
				263		
				264		
				265		
				266		
				267		
				268		
				269		
				270		
				271		
				272		
				273		
				274		
				275		
				276		
				277		
				278		
				279		
				280		
				281		
				282		
				283		
				284		
				285		
				286		
				287		
				288		
				289		
				290		
				291		
				292		
				293		
				294		
				295		
				296		
				297		
				298		
				299		
				300		
				301		
				302		
				303		
				304		
				305		
				306		
				307		
				308		
				309		
				310		
				311		
				312		
				313		
				314		
				315		
				316		
				317		
				318		
				319		
				320		
				321		
				322		
				323		
				324		
				325		
			</			

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصييل أو مونو التجييزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs
08/11/2022	300,10	<p>Pharmacie Laroussi S.A.R.L. Dr Lalla LAROUSSI 206 - 210 Bd Roudani - Casablanca tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04 ICE: 000 204 383 0000 86 INPE: 092 06 19 10</p> <p>INP: 082061810</p>
04/11/2022	285,20	<p>Pharmacie Laroussi S.A.R.L. Dr Lalla LAROUSSI 206 - 210 Bd Roudani - Casablanca tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04 ICE: 000 204 383 0000 86 INPE: 092 06 19 10</p> <p>INP: 0912961910</p>
14/11/2022 14/11/2022	77,60 210 DH	<p>Pharmacie Laroussi S.A.R.L. Dr Lalla LAROUSSI 206 - 210 Bd Roudani - Casablanca tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04 ICE: 000 204 383 0000 86 INPE: 092 06 19 10</p> <p>INP: 09120161910</p>

CIM - 10 : Classification internationale des maladies - dixième révision

INP: 09120161910

Q. 10. D.

77 60⁰

INP: 0912061910

INP: 032611310

— 2000 —

111 2282-91

04/11/2022 285,20

2020/11/21

INP: 04 2961910

Digitized by srujanika@gmail.com

14/11/2022 77 60 Pha

11/11/2024 9:11 AM

14/11/2024 210 BH

INP: 109120161910

INP: | | | | | | | |

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/MesSituation) 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	ENREGISTRE 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
-------------	--------------	------	--------------------------

● 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
- 2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
	67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
	67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	860,00	26,00	0,00	26,00
- 3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
	65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
	65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
	65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours	BOUHAIK SAIDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
	64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
- 2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
	64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
	64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours	BOUHAIK SAIDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
- 1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
	63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours	BOUHAIK SAIDA	500,00	128,00	24,00	152,00
- 6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
	63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
	63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours	BOUHAIK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
	63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	849,00	160,00	20,00	180,00

MME BOUHAIK SAIDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA 5
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 77741168 Date et heure : 30/11/2022 13:11
Nom et prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA
Immatriculation : 95771405 / 090238844
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129
Valeur en Dirhams : 1.822,00 Nombre de pièces : 8
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244
Nom Etablissement :



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 17/11/2022

FACTURE N° : 22/11638

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

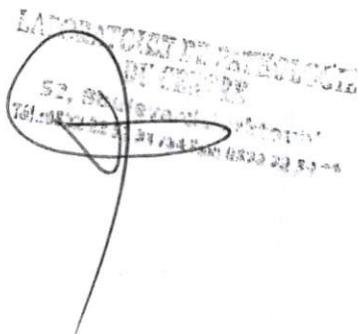
700,00 Dhs

SEPT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **08/11/2022**

Pour **BOUHAIK SAIDA**

Sur ordonnance du : **Pr BENGHALEM ABDELHAMID**



Adhérent : 090238844 Benef : 01 **BOUHAIK SAIDA**

Date.Déc.: 01122022 Num décompte : 9MGE4990032 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6 6/12/22

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090238844 BOUHAIK SAID

Soins.: 04112022 - 04112022 Arrivée: 30112022 Compos.: 77741168

Orig: SA09 Réf RO: N° 95771405 G.Rég: 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb: R.C. Majo

H500 250,00 1,00 100,00 80 85 80,00 5,33

PH0 30,80 1,00 30,80

PH 841,20 1,00 707,90 100 86 707,90

Z324 700,00 1,00 132,00 80 100 105,60 26,40

Part complémentaire réglée le : 01.12.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 4 893,50 31,73 925,23

Paie. et édit. dest. : 5122022 5122022



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le : 8.11.2022.

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكانير الجسماني الكلي
زرع فوقيه الأذن
التشخيص والتحليلات



مصحة الراشدي

الدار البيضاء في

Mr Bouhachem Soufia
15,00x2 = 30,00
- Oxy. flacon

150x2 = 300,00

40,00x1
- ephedrine 25 mg 3x100 mg S.V.

110,10x1
- Colic 1.100 3x1

20,00x1
- Renal echo 3x1

150x2 = 300,00 S.V.

Pharmacie Laroussi S.A.R.L.
Dr Lalla LAROUSSI
206 - 210 Bd Roudani - Casablanca
Tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04
IC: 000 204 383 0000 86
INPE: 092 06 19 00

Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale
58, Bd. Rachidi - Casablanca Tel: 0522 48 63 65
IC: 001711024000057 - INP: 031002100

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

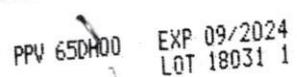
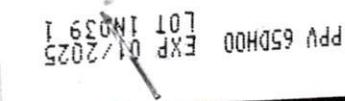
43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم الترخيص: 01020458 - س.ت: 74087 - البتامة:

05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

www.cliniquerachidi.com 05 22 22 03 57 - الفاكس:

R.D.J. Lundi 14/11/2022 à 14h au cabinet.
(ر.د.ج. لیکن ۱۴/۱۱/۲۰۲۲ که ۱۴ ساعتی است.)





CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTHALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

- جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
- جراحة الأذن والأنف والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق
- جراحة أمراض العيون
- الإنعاش الطبي والجراحي
- جراحة النساء

المملكة
الراشدي

Casablanca, le : 4-11-2022

الدار البيضاء في

Dr. San ANGLOZAL 77,00
Anglor 36,00

ANGLOR
Amp song
36(1)
Calcium Ag
17210
1 alpha 1

DR. SIDI A. GOUZAI
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi, Casablanca

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com

A circular logo consisting of five concentric arcs pointing towards the top right.

www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

العنوان: ١٠٣٧٦٨٠ - ٥٢٠٤٥٨٠ - ٠١٠٢٠٤٥٨٠ - ٧٤٠٨٧ - ٦٦٠١١٥٥٠ - ٣٥٥٠٤١١٥٥٠

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس : 05 22 22 03 57 | www.cliniquerachidi.com

ANGLOR® 10 mg
Amlodipine
30 comprimés



Cacit® 1000

Calcium

10 Comprimés effervescents



6 118001 040056

BOTTU SA
PPV : 38 DH 00
PER : 06/24
LOT : 1060660

Titulaire d'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Amaline-Rue d'Amoyot d'Inville

CASABLANCA-MAROC

UH-ALFA#1PB

Capacité

Boîte de 30 Capsules Molles

6 118001 200740

PPV : 172.20 DH

AMM N° 713/16 DMP/21/NRQ



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/11/22

Nom & Prénom : Mme BOUHAIK SAIDA
Sur ordonnance du : Pr BENGHALEM ABDELHAMID
Réf. : 22H11201

Prélevé le : 07/11/22 et parvenu au laboratoire le : 08/11/22

Organe ou siège du prélèvement : Thyroïde

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 67 ans

Thyroïdectomie totale
Goitre nodulaire

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce de thyroïdectomie totale parvenue en monobloc pesant 15 grammes, avec un lobe droit mesurant 3 x 1,5 x 0,8 cm, un isthme de 1,8 x 1 cm et un lobe gauche mesurant 3 x 3 x 1,2 cm. Aux différentes tranches de section, le lobe droit trois micronodules colloïdes de 0,2 à 0,9 cm, l'isthme présente des micronodules colloïdes avec une taille des nodules variant de 0,2 à 0,8 cm avec présence d'un ganglion isthmique de 0,4 cm.

Le lobe gauche d'aspect bosselé avec un aspect micronodulaire colloïde et une taille des nodules variant de 0,3 à 0,8 cm.

Les différentes coupes réalisées montrent un aspect histologique similaire : Il s'agit d'une hyperplasie diffuse du parenchyme thyroïdien avec exagération et épaississement fibreux arciforme de la lobulation physiologique qui lui confère un aspect nodulaire. Ces secteurs nodulaires sont constitués de vésicules thyroïdiennes distendues, à lumière occupée par une colloïde épaisse, tapissée de cellules folliculaires cubiques ou plus souvent endothéliformes.

Le tissu interstitiel est remanié par des foyers fibro-hyalins avec présence focalement de microgranulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose associée, disposées autour de restes de colloïde, réalisant un aspect de thyroïdite granulomateuse focale à minima.

Le ganglion isthmique retrouvé est d'aspect réactionnel.

La capsule thyroïdienne est toujours fine et continue.

Conclusion : - Thyroïdectomie totale : Goitre dystrophique nodulaire et diffus, associé à la présence focale de lésions de thyroïdite granulomateuse épithélioïde et gigantocellulaire, sans nécrose associée pouvant rentrer dans le cadre d'une thyroïdite de palpation : aspect à confronter au reste des données cliniques et biologiques +++
- Pas de signes de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tel. 22.51.31.23.34
Fax: 22.51.31.23.34
Dr Nouhad BENKIRANE

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأذن والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكانير الجسماني الكلي
زرع فوهة الأذن
التشخيص والتحليلات

04.11.22

09/11/2004

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

Dr. Sanae AGOUZAL
Anesthésiste - Réanimateur

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M^{me}

BOUTAIK SAIIA

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté :

ORA

Soit la somme de :

250.00

DHS

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi Casablanca
Tél: 05 22 29 48 36 /37
Réception

Dr. Sanae AGOUZAL
Anesthésiste - Réanimateur

43, Boulevard RACHIDI - CASABLANCA
TÉL: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37
Fax : 05 22 22 03 57

43 : شارع الراشدي - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37
الفاكس : 05 22 22 03 57

CHIDI-CASABLANCA
3 - RC: 74087 - Patente : 35504150
2 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37
ill : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء
ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ن: 74087 - المثنا: 35504150
الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 03 57
الفاكس: www.cliniquerachidi.com 05 22 22 03 57