

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 canaux, 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 canaux.

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

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

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



MDP = 17419
Déclaration de Maladie : N° P19- 0008534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Med Nadj Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 Cours Des Sports 20200 CASABLANCA

Tél. : 0662512154 Total des frais engagés : 1350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHATTAS Abderrazak
Chirurgie Générale et Digestive
Chirurgie Coelioscopique
8, Rue Houf Bousch Casablanca
Tél: 022 31 61 61 Fax: 0522 30 81 39

Date de consultation : 31/10/2019

Nom et prénom du malade : LAHLON Nijatu ep. M'Birkou Age: 74

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

Nature de la maladie : porte un ticket no 00000000000000000000

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 : CASABLANCA Le : 31/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
31/10/19	C1		250 14	
22/11/19	C2		600	

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
	14/11/19	C1, C2	5000

AUXILIAIRES MEDICAUX

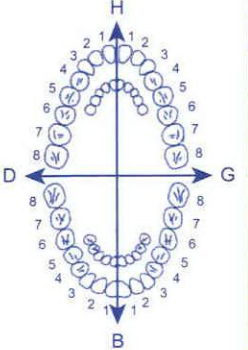
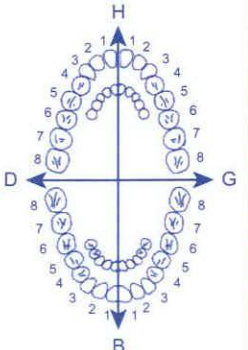
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'O

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur GHATTAS Abderrazak
SPECIALISTE DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE LILLE

CHIRURGIE DIGESTIVE-CHIRURGIE THYROIDIENNE

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
MALADIES DES SEINS-VARICES

CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE

Ancien interne des hôpitaux de la R.S. de Lille
Titulaire du Certificat d'Etudes Spéciales de chirurgie
générale de la Faculté de Médecine de Lille
Ex maître-assistant à la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتور غطاس عبد الرزاق
اختصاصي - خريج كلية الطب بليل فرنسا

جراحة الجهاز الهضمي والغدة
الدرقية والجهاز التناسلي النسوي
علاج أمراض الشدي والدوالي
الجراحة بالتنظير الباطني
داخلي سابقا بمستشفيات ليل
استاذ مساعد سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca, le 31/10/19

MHE LAHL ou Najatti

CENTRE DE DIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Maarif
Tél: 0522 23 08 76 / 0522 31 63 11 / 0522 30 81 39
Fax: 0522 23 08 76

cyto ponction

écus qui d'au

RCJ nodule Thyroïdien

LABORATOIRE IBI SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400 - Bd Brahim
Roudani - Tél: 0522 23 08 76 - Cas.

Dr. GHATTAS Abderrazak
Chirurgie Générale et Digestive
Chirurgie Coelioscopique
3, Rue Neuf Brisach - Casablanca
Tél: 0522 31 63 11 - Fax: 0522 30 81 39

[Signature]



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

228138

14/11/2019

Mme Sahelou Napatte

cytopunctus thyroïdienne
effectuée

DR. MSEFER FAROUQI Wafae
RADIOLOGUE

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - Bld Brahim
Roudani - 20100 - Casablanca
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
Bld Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
Fax : 0522 23 50 68
E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



LABORATOIRE IBN SINA DE PATHOLOGIE

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Casablanca, le 15/11/19

Date de Réception

14/11/19

LAHLOU NAJATTE

ICE :

Facture n° : 20193968

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P454	Cytoponction	500,00
		NET A PAYER
		500,00

Signé :

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim
Roudani - Tél: 0522 23 08 76 - Casa



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 14/11/2019

FACTURE N° : FA:00 11372/19
Nom : LAHLOU NAJATTE

Arrêtée la présente facture à la somme de : 600,00 Dhs

SIX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

CYTOPONCTION THYROIDIENNE 600,00 Dhs

Total de : 600,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maarif
20.100 - Casablanca
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04
05 22 25 13 07 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 70
e-mail: c.roudani@attijari.ma



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Blaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 19/11/19

Réf : CYZ2819P

LAHLOU NAJATTE

**Adressé(e) par : Dr GHATTAS
& Dr MSEFER W.**

Reçu le : 14/11/19

Age : 74 ans

Nature du prélèvement : Cytoponction thyroïdienne échoguidée

Renseignements cliniques : Nodule thyroïdien lobaire droit de 35mm/34mm/22,6mm, d'échostructure mixte, bien limité, classé EU-TIRADS3.

Une des cinq lames parvenues montre un fond hémorragique assez riche en colloïde. On trouve de nombreuses cellules spumeuses. Celles-ci sont tantôt isolées tantôt groupées en petits nids. Elles sont régulières. On note quelques macrophages multinucléés. On trouve quelques petits placards de cellules thyrocytaires. Elles possèdent un noyau généralement petit et arrondi, quelquefois allongé, discrètement augmenté de taille.

Il n'est pas noté de rainure ni d'inclusion intranucléaire.

Au niveau de deuxième lame, on retrouve un fond hémorragique et colloïde. On identifie quelques amas de cellules thyrocytaires similaires à ceux précédemment décrits et quelques cellules spumeuses.

Les autres étalements sont pauci-cellulaires.

CONCLUSION : Cytoponction thyroïdienne ayant intéressé une zone de remaniements kystiques sans atypie notable, évoquant un nodule à priori bénin. Terminologie de Bethesda édition 2018.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI

Dr Amina EL HAMDAOUI RIFFI
Anatomopathologiste
LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim
Roudani - Tél: 0522 23 08 76 - Casa

Terminologie Bethesda système cytologie thyroïdienne 2^{ème} édition (2018)

Diagnostic category	Terminologie	Risque de malignité	Conduite à tenir habituelle (a)
Non diagnostic or Unsatisfactory	Non diagnostique ou non satisfaisante	5-10% (b)	Nouvelle ponction échoguidée
Benign	Bénin	0-3% (c)	Suivi clinique et échographique
Atypia of undetermined Significance or Follicular lesion of Undetermined significance	Atypie de signification indéterminée ou lésion vésiculaire de signification indéterminée	10-30% (d)(*)	Nouvelle ponction ou biologie moléculaire ou lobectomie
Follicular neoplasm or suspicious for a follicular neoplasm (e)	Tumeur vésiculaire ou suspicion d'une tumeur vésiculaire	25-40% (f)(*)	Biologie moléculaire ou lobectomie
Suspicion for Malignancy	Suspect de malignité	50-75%(*)	Thyroïdectomie ou Lobectomie (g-h)
Malignant	Malin	97-99%(*)	Thyroïdectomie ou lobectomie (h)

a : La CAT peut dépendre d'autres facteurs (cliniques échographiques).

b : Le risque de malignité varie selon le type de structure du nodule. Solide, versus complexe, versus plus de 50% kystique. Les aspirations non diagnostiques de zones solides s'accompagnent d'un plus haut risque de malignité par rapport aux nodules montrant plus de 50% de remaniements kystiques.

c : Estimation à partir d'études de corrélation entre la cytologie et l'examen de pièce opératoire.

d : Estimation à partir d'étude de cohortes après 2007.

e : Y compris cas de néoplasie folliculaire avec aspect oncocyttaire.

f : Estimation à partir d'étude de cohortes après 2007.

g : Certaines études ont recommandé une analyse moléculaire pour le type de chirurgie (lobectomie versus thyroïdectomie totale).

h : En cas de suspicion d'une métastase : la chirurgie peut ne pas être indiquée.

*** : Le risque de malignité a légèrement changé depuis l'introduction des NIFTP**

NIFTP : noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features est une entité (OMS 2017) remplaçant le diagnostic carcinome papillaire, variante vésiculaire exclusive, encapsulé intrathyroïdien.