

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-792167

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8876 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAHLOU SOUAD
 Date de naissance : 18-06-59
 Adresse : 10 Rue Abou Wagt Bs Ved Jann
 Boudganne CASR
 Tél. : 0669283075 Total des frais engagés : 8250 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.

Pour l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
 être à la protection des données personnelles.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

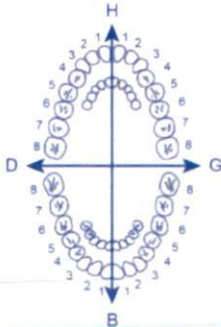
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

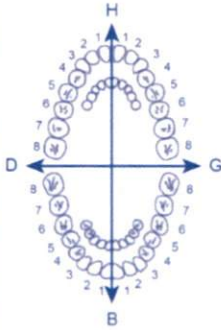
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<table border="1" style="margin: auto; text-align: center;"> <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">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																
			DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																	
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000199709979



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 14/12/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199709910 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 11/12/2023 : إلى
au : 11/12/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
JAIDI MOURAD

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JAIDI MOURAD											
114718357	25/07/2023	PETS	RADIOTHERAPIE	8000,00	7000,00	1.00	1,00	7000,00	70,00	11/12/2023	4900,00
114718357	25/07/2023	CS	MEDECINE NUCLEAIRE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	90,00	11/12/2023	135,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											5035,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											5035,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الواسع على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 : فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02_28.03.2018



مصحة الساحل للأنكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO-HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Dr. Younes SHIMI
Clinique d'Oncologie Le Littoral
Spécialiste en Médecine nucléaire
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Tél : 0520 66 68 90/91/92
Casa - Anfa
Fax : 05 22 79 86 96 / 05 22 79 69 87

Date : 25/07/2023

Ordonnance

Nom et Prénom : JAIDI MOURAD

N° Dossier : C3G257355

N°Identifiant : 0/12

Date de naissance : 17/01/1955

Organisme : MUPRAS

Renseignements Cliniques et Observation :

carcinome du plancher buccal traité par radiothérapie en 2012
a fait un AVC le mois de Mars
actuellement sd anémique et dégradation de l'état général

Autres renseignements :

Allergie au PC iodé : ☐

Urée : ☐

Créatinine : ☐

Myélome : ☐

Grossesse : ☐

Terrain atopique : ☐

Traitement biguanide : ☐

Diabète : ☐

Traitement bêtabloquant : ☐

Contraception : ☐

But de l'examen :

Bilan initial : ☐

Surveillance simple : ☐

Evaluation : ☐

Prestations demandées:

Désignation de l'Acte	Observation
Pet scan	

Médecin traitant :

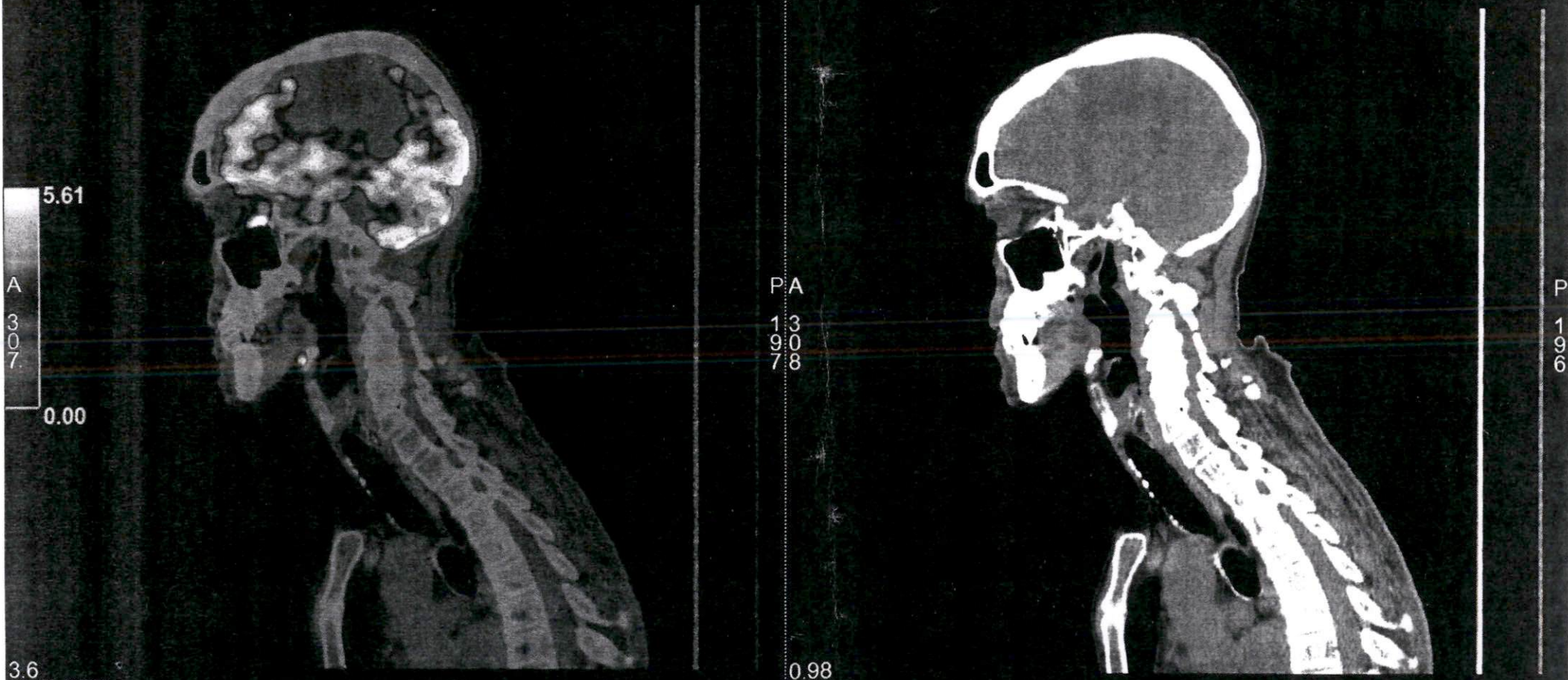
PR. SAMLALI REDOUAN

Professeur Redouan SAMLALI
Clinique Spécialisée Le Littoral
RADIO-ONCOLOGUE
S1

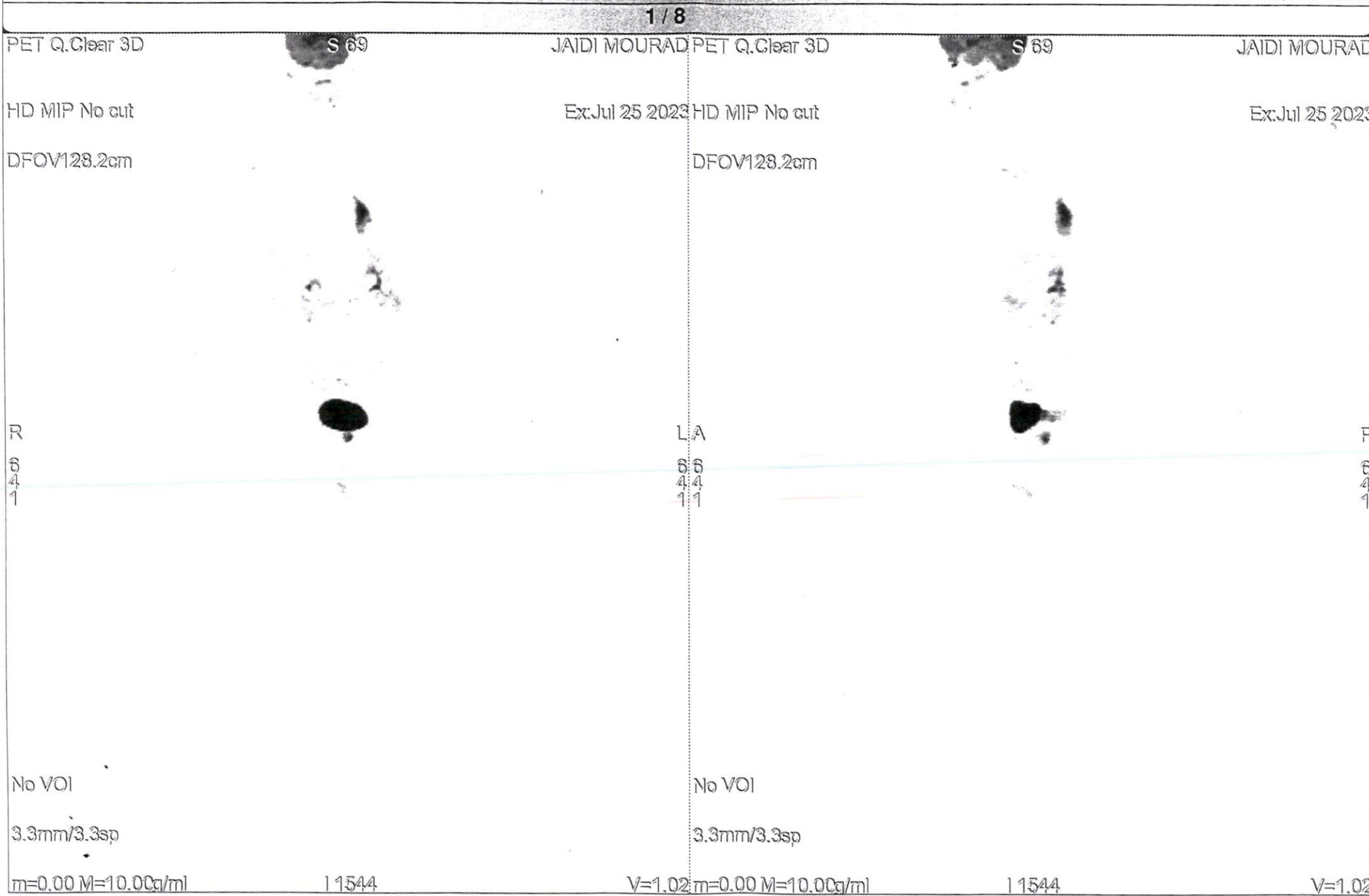
3 / 8

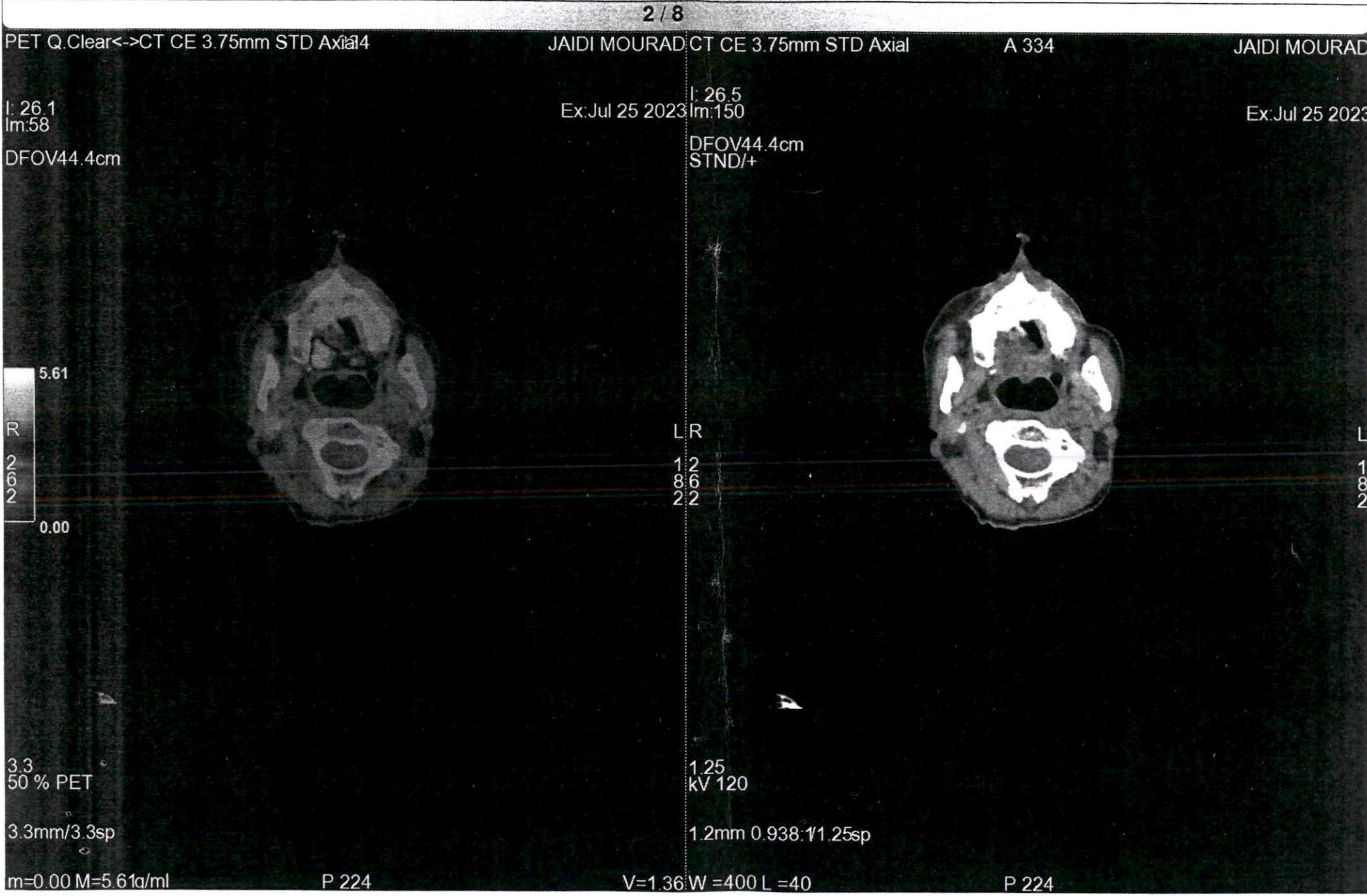
PET Q.Clear<->CT CE 3.75mm STD Sagittal JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Sagittal S 274 JAIDI MOURAD

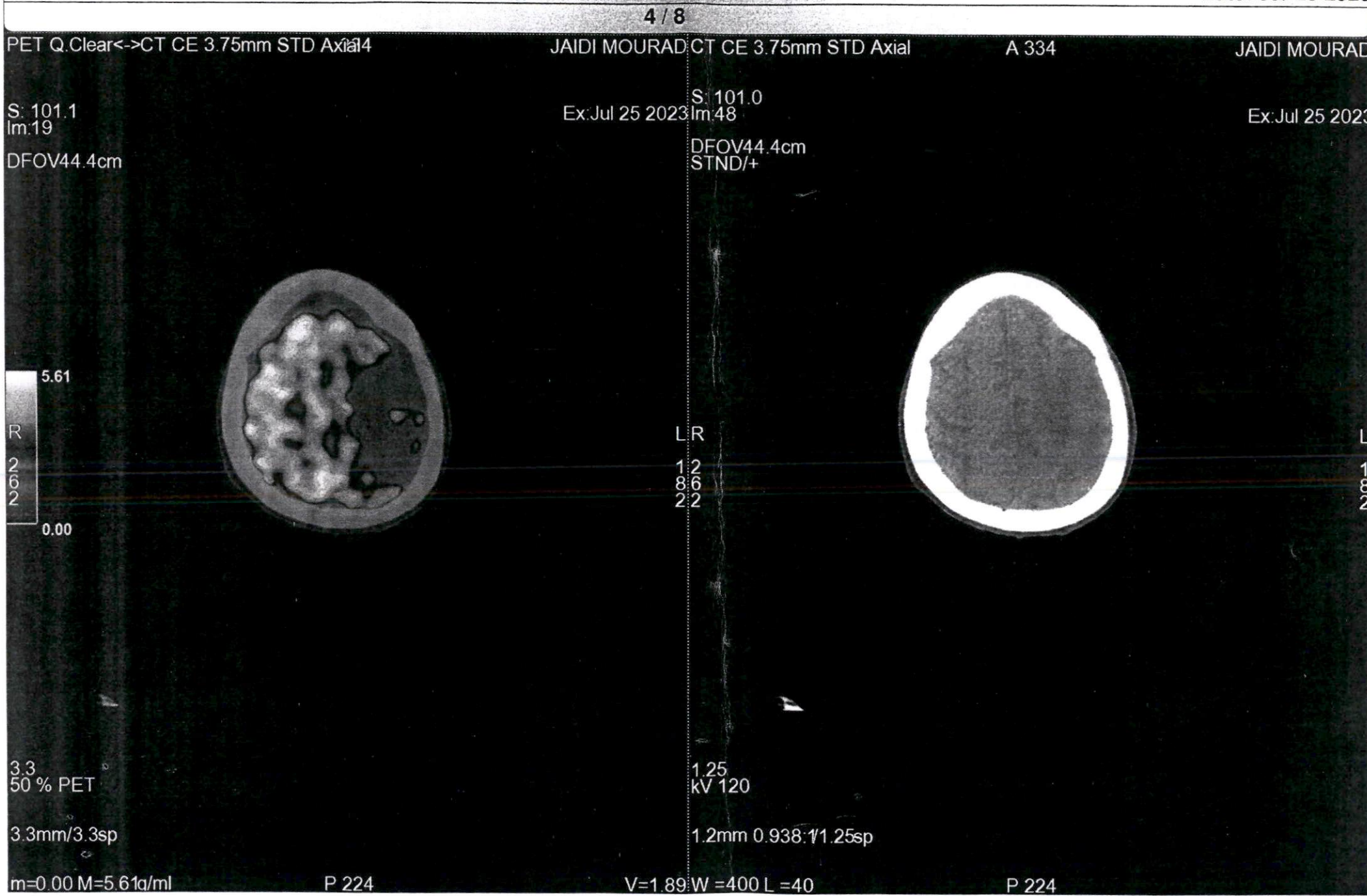
R: 23.7 Ex:Jul 25 2023 R: 23.9 Ex:Jul 25 2023
DFOV50.4cm DFOV50.4cm



3.6 50 % PET 3.3mm/3.3sp m=0.00 M=5.61q/ml I 360
0.98 1.2mm 0.938:11.25sp V=1.12 W=400 L=40 I 360









Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحل

Dr. Shimi Younes

Médecin Nucléaire

Casablanca, le 25/07/2023

EXAMEN TEP - FDG

Nom et prénom : Mme JAIDI Mourad
DDN : 17/01/1955

N°Dossier : 57092/12
Adressé par : Pr R. SAMLALI

INDICATION :

- Carcinome du plancher buccal traité par radiothérapie en 2012.
- AVC en mars 2023.
- Actuellement syndrome anémique et dégradation de l'état général
- TEP-FDG pour suspicion de récurrence.
- Poids : 66 kg, glycémie capillaire avant injection : 1.10 g/l.

TECHNIQUE :

- Réalisé sur une TEP-TDM GE Discovery IQ 3 Rings mise en service en Novembre 2018.
- Injection : 11h21 au dos de la main gauche par 110 MBq de ¹⁸F-DG.
- Acquisition : 12h55/DLP : 1446.77 mGy.cm/CTDI : 7.93 mGy/SUV hépatique : 3,2

RESULTAT :

A l'étage cérébro-cervical :

- Plaque hypométabolique cérébrale pariétale gauche : Antécédents d'AVC.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau de la muqueuse ORL, notamment au niveau du plancher buccal.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires cervicales.

A l'étage thoracique :

- Foyer de condensation bronchioloalvéolaire pulmonaire basale médial droit étendu hypermétabolique (SUV max 11,3) présentant des bronchogrammes aériens. Nous
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des champs pulmonaires.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires axillaires et médiastinales.

A l'étage abdomino-pelvien :

- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires coelomésentériques, lomboaortiques, iliaques et inguinales.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau hépatique et splénique.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau surrénalien.

Sur le plan ostéomédullaire :

- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau du squelette ostéo-médullaire exploré.
- Hypermétabolisme des articulations des épaules et des hanches bilatéralement d'allure inflammatoire.

CONCLUSION: L'examen TEP FDG de ce jour montre :

- Foyer de condensation bronchioloalvéolaire pulmonaire basal-médial droit étendu hypermétabolique, d'aspect infectieux, à reconstruire après traitement d'épreuve.
- Par ailleurs, absence d'hypermétabolisme suspect, notamment au niveau du plancher buccal.

En vous remerciant de votre confiance,

Dr Y.Shimi

Dr. Younes SHIMI

Clinique d'Oncologie Le Littoral
Spécialiste en Médecine Nucléaire
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture
Casa - Anfa
Tél : 0520 66 68 88

Instructions à suivre

Etablir 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,).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : تاريخ الإيداع :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 الصندوق الاجتماعي Fonds Social CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref. ANAM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : JALDI MOURAD	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 1199702910	رقم التسجيل :
N° CIN : J41910	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse : 10 Rue Abou Wagt Bougogne	العنوان :
Montant des frais : 8250,00 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 13	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : JALDI MOURAD	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 17.01.1955	تاريخ الميلاد :
N° CIN : J41910	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الجنس :
INPE et code à Barres**	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Amومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à :	Fait à :
Le :	Le :
Tوقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

* - Cocher la mention utile pour chaque case

* - أشطب الخانة المناسبة

** - Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داکار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

CIM - 10			
----------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الـثمن المفوتر	Tout le reste de the page			
INPE et code à Barres <div style="text-align:center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </div>					
INPE et code à Barres <div style="text-align:center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </div>					

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Date : vendredi 11 août 2023 : التاريخ
Heure : 11 h 59 WET : الساعة

Destinataire :

المرسل إليه:

JAIDI MOURAD
NR 10 RUE ABOU EL WAKT BOURGOGNE RES JASSIM MOHAMED APPT 0
20160
CASABLANCA



114718357

N° CNSS	199709910	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	J41910	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	8250 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	JAIDI MOURAD	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Nous vous rappelons que vous pouvez déposer les dossiers de Remboursement relatif à l'AMO auprès de nos points de proximité agréés.

نذكركم انه يمكنكم ايداع ملفات التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية لدى مكاتب القرب المعتمدة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

Pour consulter la liste de ces bureaux, veuillez visiter notre site web :

للاطلاع على الخاصة بهذه المكاتب يرجى زيارة موقعنا الالكتروني:

www.cnss.ma

*Dau an de relever
de faillite*

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

يرجى زيارة موقعنا الالكتروني

ou le portail des assurés

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

أو البوابة الالكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال الو الضمان على الأرقام

الفاكس
Fax

الهاتف
Tél

CASABLANCA

المدينة
Ville

العنوان
Adresse

BOURGOGNE

وكالة
Agence



Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحل

Dr. Shimi Younes
Médecin Nucléaire

Casablanca, le 25/07/2023

EXAMEN TEP - FDG

Nom et prénom : Mme JAIDI Mourad
DDN : 17/01/1955

N°Dossier : 57092/12
Adressé par : Pr R. SAMLALI

INDICATION :

- Carcinome du plancher buccal traité par radiothérapie en 2012.
- AVC en mars 2023.
- Actuellement syndrome anémique et dégradation de l'état général
- TEP-FDG pour suspicion de récurrence.
- Poids : 66 kg, glycémie capillaire avant injection : 1.10 g/l.

TECHNIQUE :

- Réalisé sur une TEP-TDM GE Discovery IQ 3 Rings mise en service en Novembre 2018.
- Injection : 11h21 au dos de la main gauche par 110 MBq de ¹⁸FDG.
- Acquisition : 12h55/DLP : 1446.77 mGy.cm/CTDI : 7.93 mGy/SUV hépatique : 3,2

RESULTAT :

A l'étage cérébro-cervical :

- Plage hypométabolique cérébrale pariétale gauche : Antécédents d'AVC.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau de la muqueuse ORL, notamment au niveau du plancher buccal.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires cervicales.

A l'étage thoracique :

- Foyer de condensation bronchioloalvéolaire pulmonaire basale médial droit étendu hypermétabolique (SUV max 11,3) présentant des bronchogrammes aériens. Nous
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des champs pulmonaires.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires axillaires et médiastinales.

A l'étage abdomino-pelvien :

- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires cœliomésentériques, lombosacrées, iliaques et inguinales.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau hépatique et splénique.
- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau surrénalien.

Sur le plan ostéomédullaire :

- Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau du squelette ostéo-médullaire exploré.
- Hypermétabolisme des articulations des épaules et des hanches bilatéralement d'allure inflammatoire.

CONCLUSION: L'examen TEP FDG de ce jour montre :

- Foyer de condensation bronchioloalvéolaire pulmonaire basal-médial droit étendu hypermétabolique, d'aspect infectieux, à recontrôler après traitement d'épreuve.
- Par ailleurs, absence d'hypermétabolisme suspect, notamment au niveau du plancher buccal.

En vous remerciant de votre confiance,
Dr Y.Shimi

Dr. Younes SHIMI
Clinique d'Oncologie Le Littoral
Spécialiste en Médecine Nucléaire
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa
Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 05 22 79 86 96 / 05 22 79 69 89



RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Casablanca Le : 25/07/2023

Facture N° 13425/23

Etablie par WIJDANE RADIOLOGIE Page 1

Identification

N° Dossier : X3G2514011

N° Identifiant : 57092/12

Nom & Prénom : JAIDI MOURAD

C.I.N. :

Date Début : 25/07/2023

Date Fin : 25/07/2023

Adresse : N° 10 RUE ABOU EL WAQIT BOURGOGNE RES JASSIM

Traitement : Medecine nucleaire

Médecin : Pr. SAMLALI REDOUAN

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

IMAGERIE MEDICALE

Petscan littoral

1	8,000.00			8,000.00
---	----------	--	--	----------

Total Rubrique : 8,000.00

PARTIE CLINIQUE :

Encaissement :

8,000.00

Espèce :	Chèque :	8,000.00	Solde :
	N° 6153969-		

TOTAL FACTURE 8,000.00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Huit mille Dirhams

Cachet et signature

Clinique d'Oncologie Le Littoral
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél : 0520 66 68 90 / 91 / 92
Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
C.50

6 / 8

PET Q.Clear<->CT CE 3.75mm STD Sagittal

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Sagittal

S 8

JAIDI MOURAD

L: 31.0

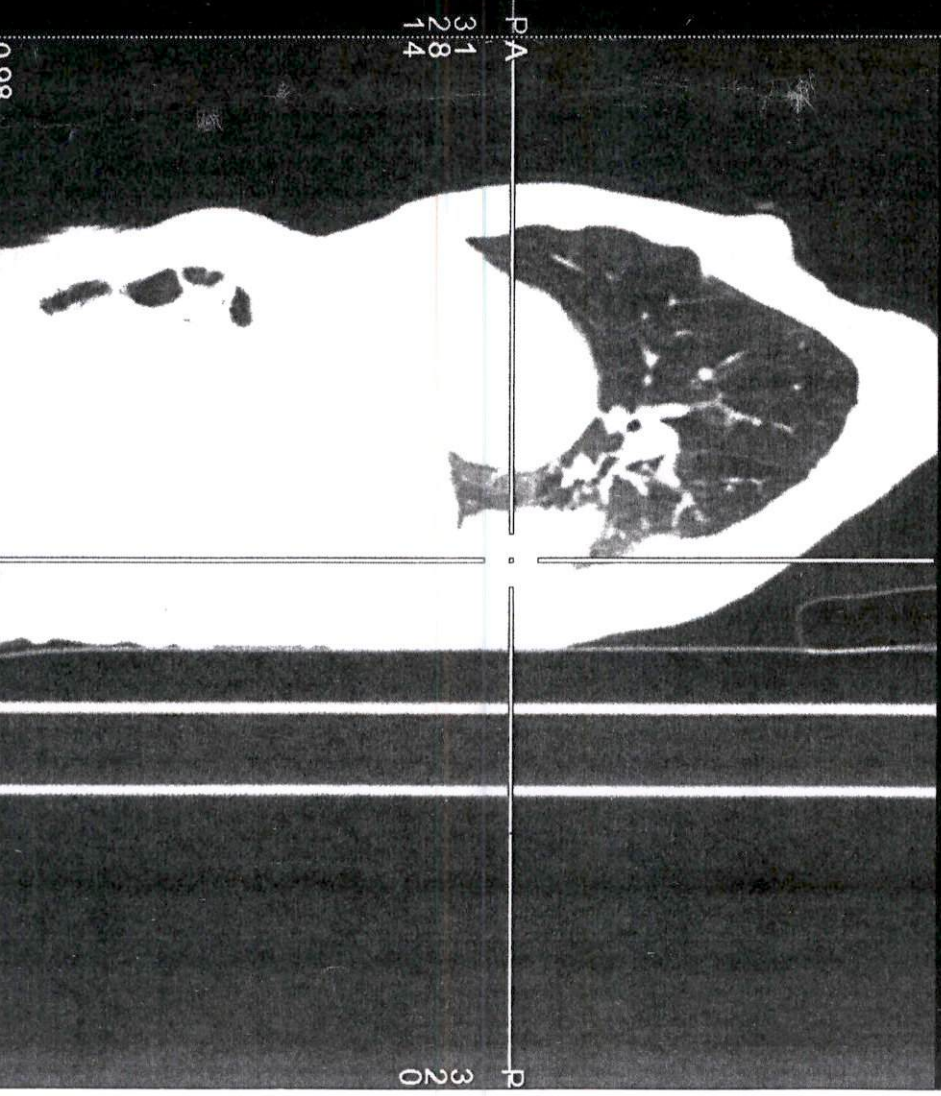
Ex: Jul 25 2023

L: 30.8

Ex: Jul 25 2023

DFOV50.4cm

DFOV50.4cm



3.6
50% PET
3.3mm/3.3sp

0.98
1.2mm 0.938: 11.25sp

m=0.00 M=5.61g/ml

I 626

V=5.47 W=1500 L=-600

I 626

5 / 8

PET Q.Clear<->CT POUM 1.25mm Lung Axial

JAIDI MOURAD CT POUM 1.25mm Lung Axial

A 277

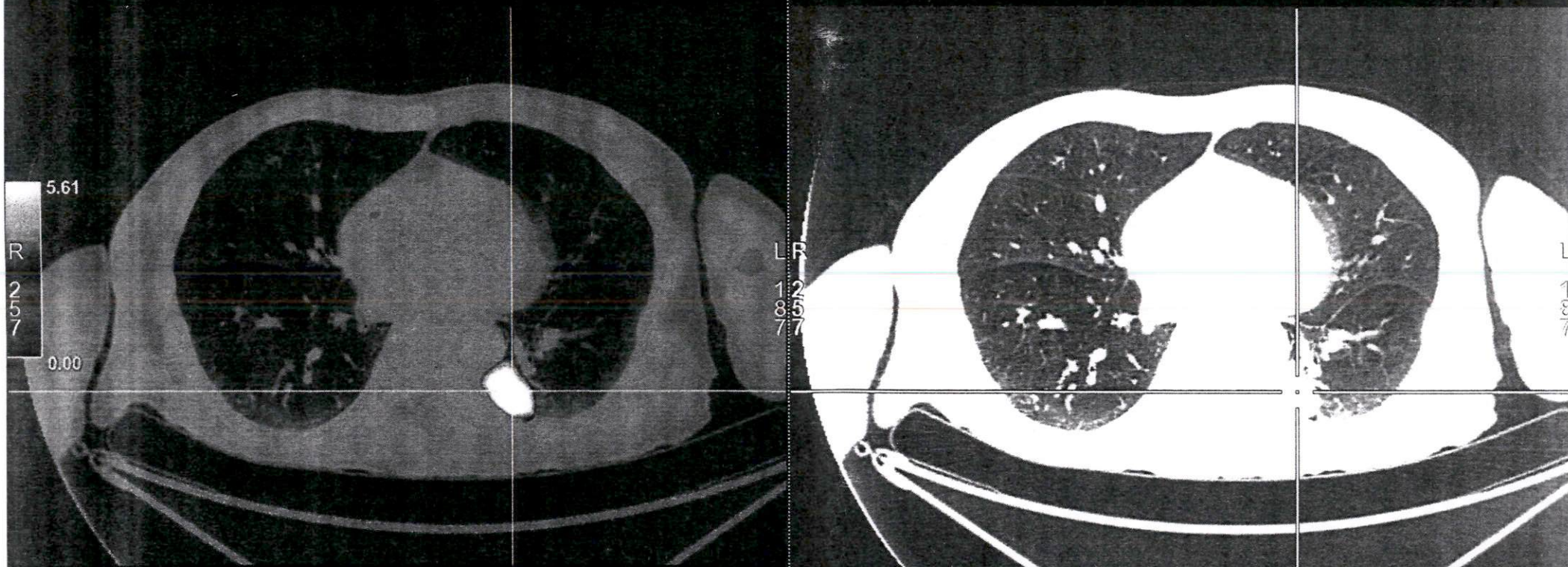
JAIDI MOURAD

I: 264.1
Im:131
DFOV44.4cm

Ex:Jul 25 2023

I: 264.25
Im:357
DFOV44.4cm
LUNG

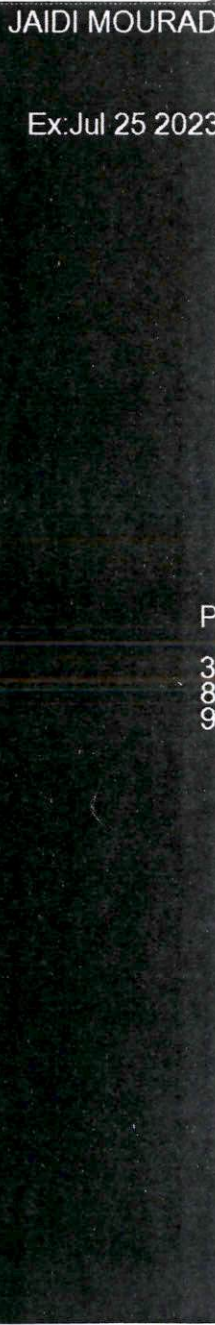
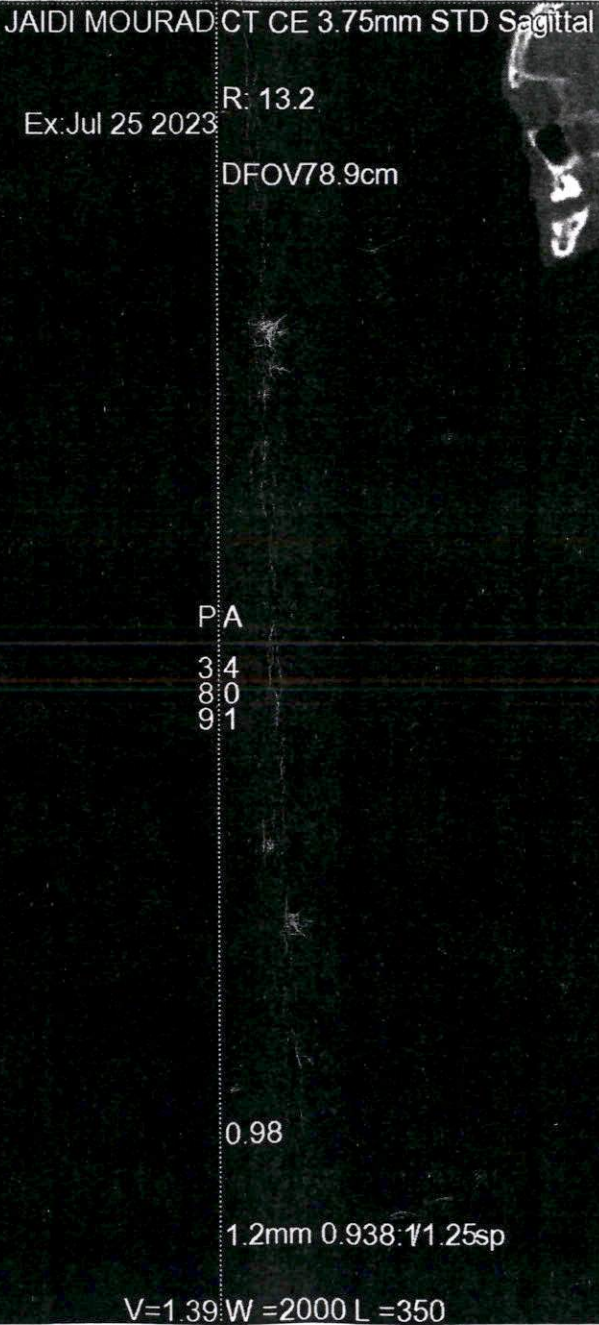
Ex:Jul 25 2023



3.3
50 % PET
3.3mm/3.3sp
m=0.00 M=5.61a/ml
P 281

0.62
kV 120
1.2mm 0.938:1/0.62sp
V=9.26:W =1500 L =-600
P 281

8 / 8



7 / 8

PET Q. Clear<->CT CE 3.75mm STD Axial7

JAJDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Axial

A 257

JAJDI MOURAD

I: 361.9
Im: 161

DFOV44.4cm

Ex: Jul 25 2023 Im: 418

DFOV44.4cm
STND/+

Ex: Jul 25 2023

5.61
R
2
3
7
0.00

LR
22
03
67

650N L



3.3
50 % PET

3.3mm/3.3sp

1.25
kV 120

1.2mm 0.938.11.25sp

m=0.00 M=5.61d/ml

P 301

V=1.27 W=400 L=40

P 301