

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-792167



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8876

Société : RAM 196143

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CAHLOU SOUAID

Date de naissance : 18-06-59

Adresse : 10 Rue Abou Waqt B. S. Abd Jaffar
Bouygues CASA

Tél. : 0669283075 Total des frais engagés : 8250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément conjoint

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Age :

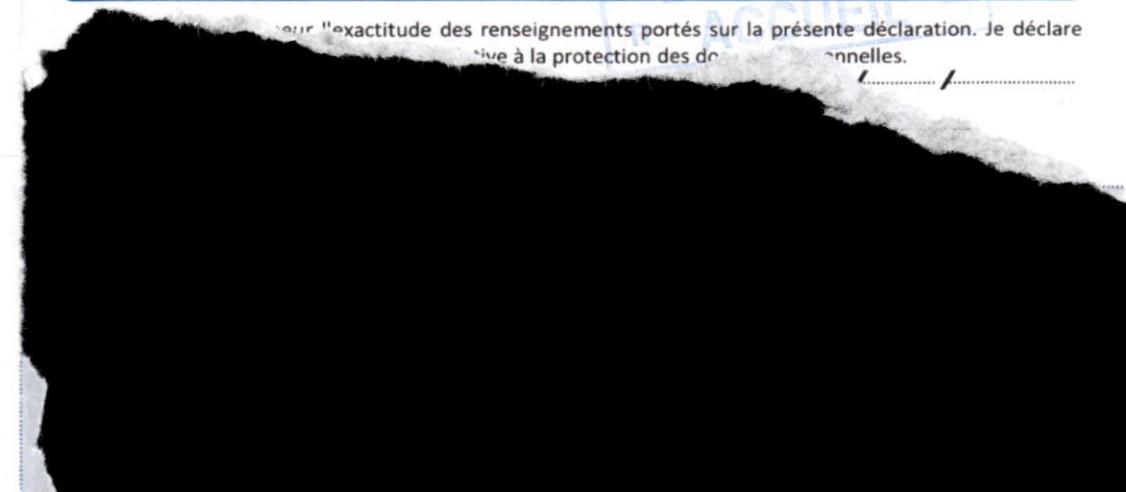
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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.

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



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

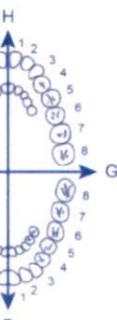
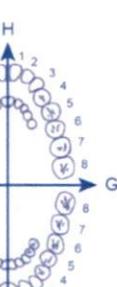
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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'ODP.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | [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

| | | | |
|---|---|--|--|
|  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 مراجع رقم : 610-2-06 |
| | Emis à : CASABLANCA Le : 14/12/2023 | أصدر ب : بتاريخ : | Page 1 / 1 |
| N° d'immatriculation 199709910 | رقم التسجيل أداءات الفترة du : 11/12/2023 : من au : 11/12/2023 : إلى | المرسل إليه Destinataire JAIDI MOURAD | |

Veuillez 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 استفادتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصروف | التعريفة المرجعية | المعامل | الكمية | لسان 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 remboursement | Taux de remboursement % | 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 | | | | | |
| Total général remboursé | | | | | | مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | |

- 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

للزائد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEROTAXIQUE •
CURIERTHERAPIE 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
Casa - Anfa
Fax : Tel : 0520 66 68 90/91/92
0522 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 radiotherapie 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 bétabloquant : Contraception :

But de l'examen : Bilan initial : Surveillance simple : Evaluation :

Prestations demandés :

| Désignation de l'Acte | Observation |
|-----------------------|-------------|
| Pet scan | |

Médecin traitant :

PR. SAMLALI REDOUAN

Professeur Redouan SAMAALI
Clinique Spécialisée Le Littoral
RADIO-ONCOLOGUE
S1

3 / 8

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

R: 23.7

DFOV50.4cm

5.61

A

307

0.00

3.6
50 % PET

3.3mm/3.3sp

m=0.00 M=5.61g/ml



I 360

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Sagittal

Ex:Jul 25 2023

R: 23.9

DFOV50.4cm

PA

13
90
78

0.98

1.2mm 0.938.1/1.25sp

V=1.12 W=400 L=40



I 360

S 274

JAIDI MOURAD

Ex:Jul 25 2023

D
159

1 / 8

PET Q.Clear 3D

S 69

JAIDI MOURAD PET Q.Clear 3D

S 69

JAIDI MOURAD

HD MIP No cut

Ex:Jul 25 2023 HD MIP No cut

Ex:Jul 25 2023

DFOV128.2cm

DFOV128.2cm

R 641

LA
66
44
11

R 641

No VOI

3.3mm/3.3sp

m=0.00 M=10.00g/ml

11544

No VOI

3.3mm/3.3sp

V=1.02 m=0.00 M=10.00g/ml

11544

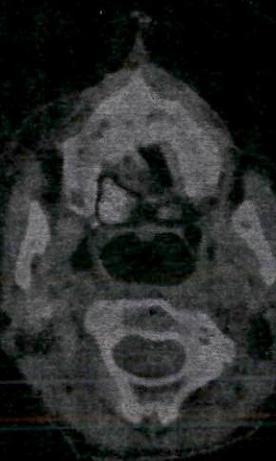
V=1.02

2 / 8

PET Q.Clear<->CT CE 3.75mm STD Axial 4

I: 26.1
Im: 58

DFOV44.4cm

5.61
R
2
6
2
0.003.3
50 % PET

3.3mm/3.3sp

m=0.00 M=5.61g/ml

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Axial

I: 26.5
Ex: Jul 25 2023 Im: 150DFOV44.4cm
STND/+L R
1.2
8.6
2.21.25
kV 120

1.2mm 0.938:1/1.25sp

V=1.36 W=400 L=40

A 334



P 224

JAIDI MOURAD

Ex: Jul 25 2023

4 / 8

PET Q.Clear<->CT CE 3.75mm STD Axial14

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Axial

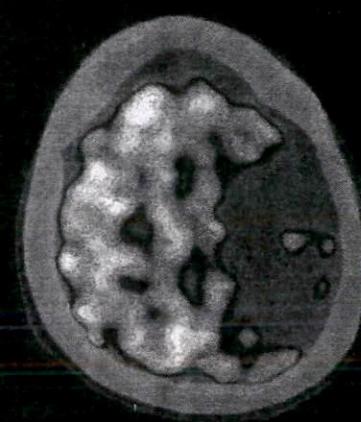
A 334

JAIDI MOURAD

S: 101.1
Im:19S: 101.0
Ex:Jul 25 2023 Im:48

Ex:Jul 25 2023

DFOV44.4cm

DFOV44.4cm
STND/+5.61
R
2
6
2
0.00LR
12
86
221
2283.3
50 % PET1.25
kV 120

3.3mm/3.3sp

1.2mm 0.938/11.25sp

m=0.00 M=5.61g/ml

P 224

V=1.89 W=400 L=40

P 224



Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحلي

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 récidive.
- 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 céliomésentériques, 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 وكل حدث.
جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
ووصفات طيبة، فواتير،...).

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

لodge إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
لمشتراة.

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

تم تعويض المبالغ المضروفة على أساس التعريفة الوطنية
أ.م جمعة

نوعيـض بعـض الخـدـمـات يـظـل رـهـيـنا بـطـلـب المـوـافـقـة
لـمـسـيقـة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
للسندوق 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 طبقاً للمساطر القائمة بنهاية

توقيع وطابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

نارخ الاستلام: _____ Date d'arrivée : _____

| ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض | Feuille de Soins Maladie | مديرية التأمين الصحي الإجباري | |
|--|------------------------------------|--|--|
| الطب الاعتيادي CNSS Le devoir de vous protéger | موافقة مسبقة* Entente préalable | تنفيذ* Exécution | Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| | | Réf. - 6101-02 | مراجع رقم |
| RÉF. ANAM : 1.2.01.01 | | | |
| N° Dossier : _____ | | | |
| Partie réservée à l'assuré(e) _____ | | | |
| الاسم العائلي والشخصي : <u>JAI DI MOU RAO</u> _____ | | | |
| رقم التسجيل : <u>1191970199110</u> _____ | | | |
| رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>1111111111111111</u> _____ | | | |
| علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) _____ | | | |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* _____ | | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) _____ | |
| Conjoint <input type="checkbox"/> زوج | | Enfant <input type="checkbox"/> ابن | |
| Adresse : <u>10 Rue Abou Wagt Bouygues</u> _____ | | | |
| العنوان : _____ | | | |
| Montant des frais : <u>8250,00</u> Dhs. _____ | | | |
| مبلغ المصاريف : _____ | | | |
| Nombre de pièces jointes : <u>13</u> _____ | | | |
| عدد الوثائق المرفقة : _____ | | | |
| Déclaration du médecin traitant _____ | | | |
| تصريح الطبيب المعالج _____ | | | |
| Bénéficiaire de soins : _____ | | | |
| المستفيد من العلاجات _____ | | | |
| Nom et prénom : <u>JAI DI MOU RAO</u> _____ | | | |
| الاسم العائلي والشخصي : _____ | | | |
| Date de naissance : <u>11/01/1955</u> _____ | | | |
| تاريخ الازدياد : _____ | | | |
| N° CIN : <u>1111111111111111</u> _____ | | | |
| رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____ | | | |
| جنس : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | | | |
| الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفري** _____ | | | |
| INPE et code à Barres** _____ | | | |
| Médecin traitant الطبيب المعالج | | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية | |
| Type de soins* _____ | | | |
| نوع العلاجات* _____ | | | |
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء | | Maternité <input type="checkbox"/> أمومة | |
| Accident <input type="checkbox"/> حادثة | | Maladie <input type="checkbox"/> مرض | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. | | | |
| أشهد ب الصحة كل ما ذكر أعلاه | | | |
| Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables. | | | |
| Fait à : _____ | | | |
| Le : _____ | | | |
| توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) | | | |
| توقيع وطابع لطبيب المعالج Signature et Tampon du Médecin traitant | | | |
| Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins | | | |
| أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه | | | |
| ب: _____ | | | |
| في: _____ | | | |
| توقيع وطابع لطبيب المعالج Signature et Tampon du Médecin traitant | | | |
| أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه | | | |
| ب: _____ | | | |
| في: _____ | | | |

- * Cocher la mention utile pour chaque case

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

الهاتف: 080 203 3333 - 216 الدار البيضاء المحطة - ساحة داكار - الدار البيضاء - ب. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

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

CNSS - Place de DARAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Telephone : 080 203 3333

* أشطب الخانة المناسبة

| وصف العمليات المجرأة | | | | | Description des actes effectués | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant | تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Radiologue Le Littoral Dr. Youcef Sifi Spécialiste en Médecine Nucléaire Technique d'Oncologie Clinique Spécialisée Le Littoral RADIO-ONCOLOGUE S1 |
| 25/07/2012 | لرط | 3 | 250,00 | Professeur Redouan Sifi Clinique Spécialisée Le Littoral RADIO-ONCOLOGUE | 25/07/2012 | | Petc | 80000 | Dr. Youcef Sifi Spécialiste en Médecine Nucléaire Technique d'Oncologie Clinique Spécialisée Le Littoral RADIO-ONCOLOGUE S1 |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |

CIM - 10

| عمليات المساعدين الطبيين | | | | | Actes Paramédicaux | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| عمليات الإحياء، الأشعة والصور | | | | | Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|--|---|------------------------------|---|--|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Radiologue Le Littoral Dr. Youcef Sifi Spécialiste en Médecine Nucléaire Technique d'Oncologie Clinique Spécialisée Le Littoral RADIO-ONCOLOGUE S1 | تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | | |
| 25/07/2012 | | | 80000 | Dr. Youcef Sifi Spécialiste en Médecine Nucléaire Technique d'Oncologie Clinique Spécialisée Le Littoral RADIO-ONCOLOGUE S1 | 25/07/2012 | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |

| جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة | | | | | Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | | | |
|---|------------------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres | | | | |
| | | | | | | | | | |

| 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
Heure : 11 h 59 WET

التاريخ:
الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

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



114718357

| | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| N° CNSS | 199709910 | رقم ص.و.ض.ج. |
| N° de la Carte Nationale d'Identité | J41910 | رقم البطاقة الوطنية للتعرف |
| 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,

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

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

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

www.cnss.ma

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

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

للاطلاع على الخاصة بهذه المكاتب يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني:

Demande de relevé
détailé

تم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين توجه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

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

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الfax

الهاتف

المدينة

العنوان

Adresse

وكلة
Agence

Fax Tél CASABLANCA Ville

BOURGOGNE



Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحلي

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 récidive.
- 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 ^{18}FDG .
- Acquisition : 12h55/DLP : 1446.77 mGy.cm/CTDI : 7.93 mGy/SUV hépatique : 3,2

RESULTAT :

A l'étage céphalo-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, 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 Ain Diab
Casab-Anfa
Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 05 22 79 86 96 / 05 22 79 69 89

RADIOOTHERAPIE 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 BOURGOUGNE RES JASSIM

Traitements : 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 :

| | | | | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|----------------|----------------------|--|--|
| Espèce : | Chèque : | 8,000.00 | Solde : | TOTAL FACTURE | | |
| | | N° 6153969- | | 8,000.00 | | |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Huit mille Dirhams

Cachet et signature

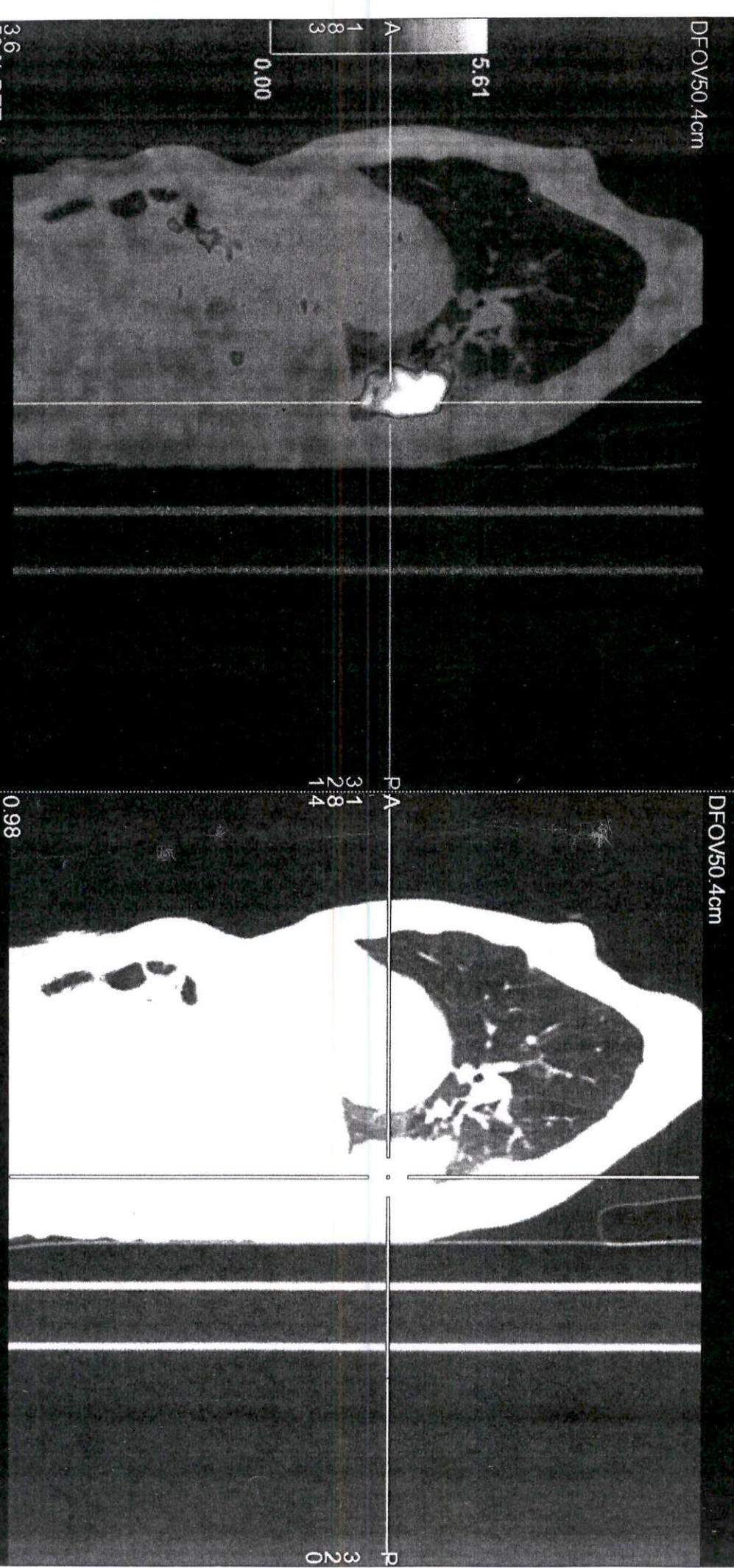
Clinique d'Oncologie Le Littoral
 Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
 Casa - Anfa - Tél : 0520 66 68 90 / 91 / 92
 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
 C.50

JAIDI MOURAD
57092
Sexe: F Date de naissance: Jan 17 1955

PET Q.Clear<->CT CE 3.75mm STD Sagittal
6 / 8

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Sagittal S 8
L: 30.8
Ex:Jul 25 2023
DFOV50.4cm

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Sagittal S 8
L: 31.0
Ex:Jul 25 2023
DFOV50.4cm



+212 (0)5 20 66 68 88 / 89
Radiologie.lelittoral@gmail.com
www.cliniquelelittoral.ma

| 626

V=5.47 W=1500 L=-600

| 626

Le LITTORAL
Num. Ordre: N4712
Date: Jul 25 2023

5 / 8

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

I: 264.1
Im:131

DFOV44.4cm

JAIDI MOURAD CT POUM 1.25mm Lung Axial

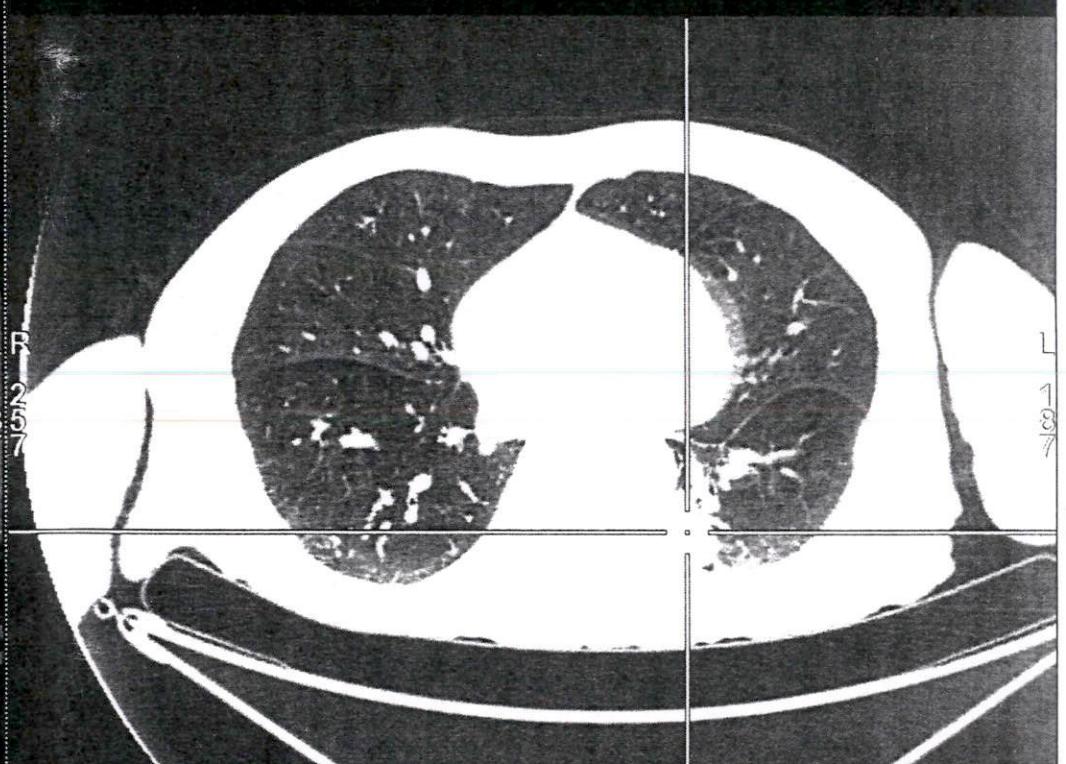
Ex:Jul 25 2023 Im:357

I: 264.25
DFOV44.4cm
LUNG

A 277

JAIDI MOURAD

Ex:Jul 25 2023



P 281

P 281

8 / 8

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



R: 12.8

DFOV78.9cm

A

401

3.6
50 % PET

3.3mm/3.3sp

m=0.00 M=6.50g/ml

I 888

V=1.39 W=2000 L=350

I 888

JAIDI MOUAD CT CE 3.75mm STD Sagittal

S:105

Ex:Jul 25 2023

R: 13.2

DFOV78.9cm

PA

34
80
91

0.98

1.2mm 0.938:11.25sp



Ex:Jul 25 2023

A
401
902

JAIDI MOURAD
57092

Sexe: F Date de naissance: Jan 17 1955

7 / 8

PET Q.Clar->CT CE 3.75mm STD Axial

JAIDI MOURAD CT CE 3.75mm STD Axial

A 257

JAIDI MOURAD

l: 361.9

Im: 161

DFOV44.4cm

DFOV44.4cm

Ex: Jul 25 2023

STND/+

l: 361.5

Im: 418

STND/+

l: 361.5

Im: 418

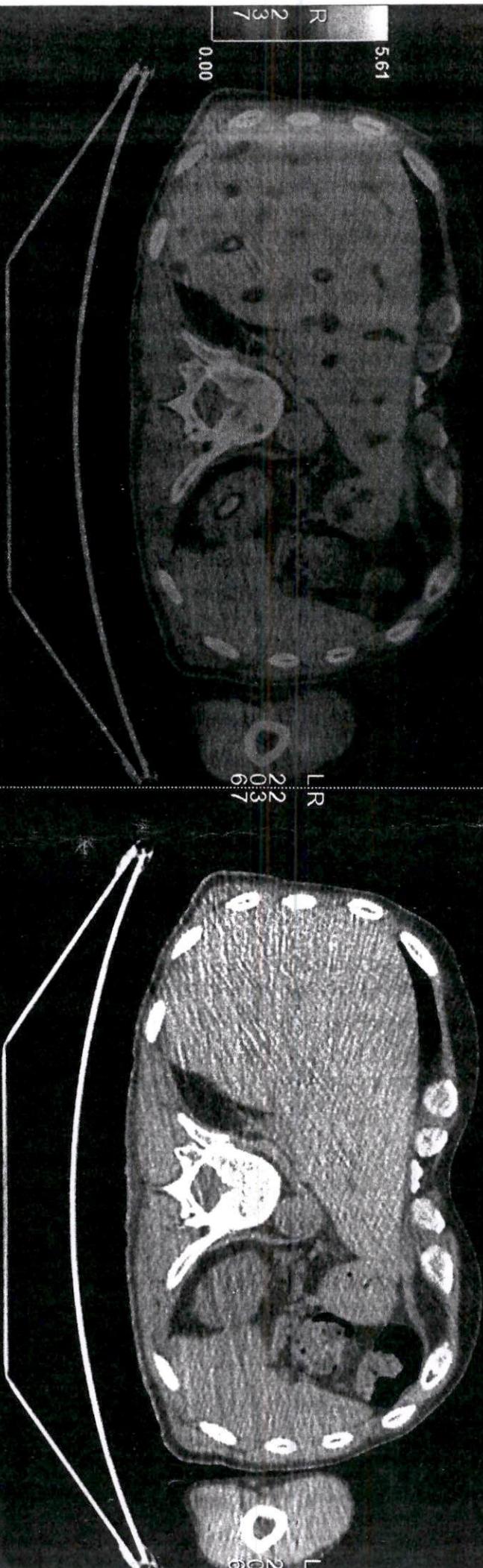
STND/+

l: 361.5

Im: 418

STND/+

Le LITTORAL
Num. Ordre: N4712
Date: Jul 25 2023



33
50% PET

3.3mm/3.3sp

m=0.00 M=5.61g/ml

125
kV 120

1.2mm 0.938.1/1.25sp

V=1.27 W=400 L=40

P 301