

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

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 caractére 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014331

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL DIKRI AZZOUZ

Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : Derb EL WIDAB BLOC SII HAY HASSANI

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2018

Nom et prénom du malade : Mezni El kebbane Age : 69 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HJA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Tetan 2021

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) : EY



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
16/03/2018	Medecine + EM		30000	 Dr. NABIL HAYAT Cardiologue Bd Afghanistan, Dera Houcine, Bloc 225 Hay Hassan - Casablanca INPE: 091173914

 SUPRAPHARM EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
PHARMACIE DE LA MAIRIE Date
du ou du Fournisseur
2 rue du 11 Novembre 1918
95360 Montmagny *13/11/2019*
01 39 83 02 44 - FAX/ 01 39-83-30-73
pharmaciemontmagny@gmail.com
DELI/ 952700581 - RPPS/ 10100685543
TVA INTRA/ FR61 831343819

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
S.C.G.M. - IRM Centre Cardiologique du Nord 32/36, Rue des Moulins Gémeaux 93200 SAINT DENIS Tél. 01.48.13.76.00 - Fax 01.48.13.76.07	14/11/13		77,75 euros

AUXILIAIRES MEDICAUX

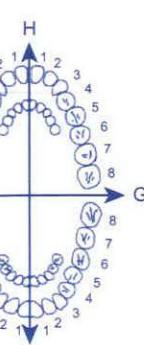
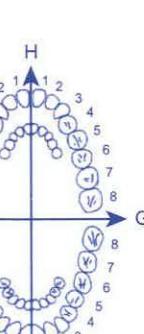
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hayat NAJIR

Cardiologue



Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille

Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen

Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

الدكتورة حياة ناجي

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً مستشفى مارسيليا بفرنسا

طبيبة داخلية مستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة باريس

حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le :

21/08/2018

Mezui El kebaa

① - Gouvernement

Iffij le matou
(Lundi)

~~Dr. Hayat
Cardiologue~~
Bd Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225
Hay Hassani - Casablanca
INPE : 091173914



Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay Hassani, Casablanca

شارع أفغانستان، درب الحرية، بلوك 225، رقم 1، الطابق الثاني، الحي المستفي، الدار البيضاء

Tél. : 05 22 90 70 51 - GSM : 06 62 69 23 99

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Joindre à cette feuille la prescription des actes

N° de facture

100012787

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSE

EL OIRDI
Elkebira
78 RUE DU BEL AIR

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)**NON**

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom Date de naissance

01 01 1950

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
9 Rue du 11 Novembre
95360 MONTMAGNY
Tel: 01 39 83 63 63

=> 95 3 70261 0 0 1 11 0

CAB CONV ZISD ZIK

NOM - Prénom - Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD 930300645

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

Mme DUPONT Odile MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes*	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du dépassement (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement	
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	10	11
19/11/2019	TB	1,50	3,78 €		3,78 €						

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS			Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
B	9914+0592+9105+9005		42,00			11,34 €	13
						15,12 €	Part organisme obligatoire
						0,00 €	Part assuré
						0,00 €	Date de la prescription
						15,12 €	Date d'exécution des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

42 0

31/10/2019

19/11/2019

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie
exige l'enregistrement des données codées relatives aux
actes effectués et aux prestations servies. La Loi
sur l'assurance maladie (1984) s'applique
aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit
d'accès et de rectification pour les données vous
concernant auprès de votre organisme d'assurance
maladie

Signature de l'assuré(e)

Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement*J. Carty*

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES - 9 Rue du 11 Novembre - 95360 MONTMAGNY

Pour le règlement au laboratoire, prière de joindre ce document détachable ou rappeler le n° 18100631 du 19/11/2019

Prélèvement	: 3,78 €
Déplacement	: 0,00 €
Déplacement non prescrit	: 0
Examens en B	: 11,34 €
Examens extérieurs	: 0,00 €
Examens non remboursés HN	: 0,00 €
Part Tiers Payant + Mut.	: 0,00 € + 0,00 €
Part Patient	: 15,12 € (Payé: 15,12 €)
TOTAL A REGLER	: 0,00 €

Mme EL OIRDI Elkebira

78 RUE DU BEL AIR

95360 MONTMAGNY

Le laboratoire vous remercie de votre confiance.
Membre d'une association agréée

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

1 3 1 1 2 0 1 9
date J J M M A A A A

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom EL OIRDI ELKEBIRA

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE du LIEU DE SOINS
A 8 RUE DEL AIR 95360 MONTMAGNYTotal: Cpam 0,00
Total Mutuelle 0,00
Total Assuré 60,49
Payé par l'assuré 60,49**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR** **Pharmacie de la Mairie** **IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

2 rue du 11 Novembre 1918

95360 Montmagny

Tel 01 39 83 02 44-Fax 01 39 83 30 73

95 2 70058 1

D.VM

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

CENTRE CARD NORD

nom et prénom

raison sociale

9 3 0 3 0 0 6 4 5

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)
1 vignette(s)

acte conforme au protocole ALD

X

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

AT/MP	numéro	tarification détaillée	CIP	Libellé et forme	Qnt	Prix Unit.	Montant	N.R.	Fich.D	N. Ordre	Subst.de/LPP
000 PH7	3400926676711	GYNIPAQUE 350MG IODE/ML INJ 1			1	59,96	59,98			1,02	1_170613
070 HDR	Honoraire	médic remboursable			1		0,51			0,51	

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT : 3,43**MONTANT TOTAL**
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Pharmacie de la Mairie 952 70058 1

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 8 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE



www.centreimageriedunord.com

Centre Cardiologique du Nord
32-36 Avenue des Moulins Gémeaux 93200 Saint-Denis
Clinique du Landy
23 rue du Landy 93400 Saint-Ouen



Radiologie Générale, Echographie et Mammographie
Imagerie par Résonance Magnétique et Scanner

Secrétariat : **0148137600**

Radiologie Vasculaire et Interventionnelle

Secrétariat : **0148137620**

Dr. Fabienne BACH - Dr. BARRAU Vincent - Dr. BESSE Francis - Dr. Jacques FEIGNOUX - Dr. Idan GENAH - Dr. Lamia JARBOUI - Dr. François LEGOU
Dr. Laurent MACRON - Dr. Charles MELLERIO - Dr. Eric PESSIS - Dr. Mathieu RODALLEC - Dr. Pascal ROUX - Dr. Jean-Louis SABLAYROLLES - Dr. Quentin SENECHAL
Dr. Jean-Michel SVERZUT - Dr. Christophe TERIITEHAU - Dr. Nathalie ZEE

Raison Sociale : S.C.M.SCANNER

Numero Adeli Médecin : 931847727

NOTE HONORAIRE PATIENT

Saint Denis, le 14/11/2019

Je soussigné(e), Docteur SABLAYROLLES JEAN LOUIS , certifie que la somme correspondant au montant des honoraires du ou des examen(s) de :

MME EL OIRDI ELKEBIRA Sous le N° de SS :

Pour les ou les examen(s) du 14/11/2019 , le montant total est de : 77,75 €

La participation de la Sécurité Sociale est de : 0,00 €

MONTANT REGLE PAR LE PATIENT :

La part des honoraires réglée par le patient est de :

77,75 €

77,75 €

Le montant total réglé par le patient est de :

S.C.G.M. - IRM
Centre Cardiologique du Nord
32/36, Rue des Moulins Gémeaux
93200 SAINT DENIS
Tél. 01.48.18.76.00 - Fax 01.48.13.16.07

Docteur SABLAYROLLES JEAN LOUIS



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE DU CHATEAU

9, Rue du 11 Novembre - 95360 Montmagny

Tel: 01 39 83 63 63

Fax: 01 39 83 03 09

Finess: 95370261 0 - Siret: 443 489 174 - N° labo: 95-145, N° SELARI: 2002-03

Mme EL OIRDI Elkebira
78 RUE DU BEL AIR

Dossier 18100631 du 19/11/2019

95360 MONTMAGNY

NOTE D'HONORAIRES

Nous vous prions de trouver ci-dessous le montant de vos examens du 19/11/2019, prescrits par le docteur CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD.

Prélèvement	:	3,78 €
Déplacement	:	0,00 €
Déplacement non prescrit	:	0,00 €
Examens en B et BHN	:	11,34 €
Examens extérieurs	:	0,00 €
Examens non remboursés HN ou Domicile non prescrit	:	0,00 €
Total de la facture	:	15,12 €
Part Tiers Payant + Mut.	:	0,00 € + 0,00 €
Déjà payé	:	15,12 €
RESTE A PAYER	:	0,00 € Euros

En espèces ou carte de crédit,

Couper selon les pointillés.

IMPORTANT : Les éléments concernant votre identité figurent ci dessous; en cas d'anomalie, merci de nous en informer.

Mme EL OIRDI Elkebira

18100631 du 19/11/2019

Né(e) MEZRI le 01/01/1950

0,00 € Euros

78 RUE DU BEL AIR 95360 MONTMAGNY

N° Téléphone :

Renseignements figurants sur votre carte d'assuré social :

* N° Orga. affiliation (9 chiffres) :

* N° Sécurité Sociale (15 chiffres) :

**LABORATOIRE DE
BIOLOGIE MEDICALE**

9, Rue du 11 Novembre - 95360
Montmagny

Tel: 01 39 83 63 63

Fax: 01 39 83 03 09 www.ana-laboratoire.com



Biologistes médicaux :

D. ASSAYAG
S. BARDURY
L. BENSIDHOUM
V. CAREJE
N. CELTON
G. COUVRY
I. DALI BRAHAM

F. FITOUSSI
S. FOUBARD
K. KLOTZ
P. NIZARD
J. SERERO
A. SOORKIA

CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD

32-36 AV DES MOULINS GEMEAUX
93200 SAINT DENIS

Date et heure d'enregistrement 19/11/2019 09:37

Date et heure d'édition 19/11/2019 12:57

Patient Né(e) le 01/01/1950

Mme EL OIRDI Elkebira

NÉE : MEZRI

78 RUE DU BEL AIR
95360 MONTMAGNY

Demande N°18100631 du 19/11/2019

BIOCHIMIE SANGUINE

Résultat

11,4 mg/L

Valeurs de référence

(5,5 - 10,2)

Antériorité

101 µmol/L

(49 - 90)

CLAIRANCE ESTIMÉE :

CKD-EPI : 49 ml/min/1.73m²

MDRD : 50 ml/min/1.73m²

Classification des stades d'évolution en cas de maladie rénale chronique

Stade	DFG (ml/min/1,73m ²)	Définition
1	Sup. ou égal à 90	DFG normal ou augmenté*
2	Entre 60 et 90	DFG légèrement diminué*
3	Entre 30 et 60	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 30	Insuffisance rénale chronique sévère
5	Inf. à 15	Insuffisance rénale chronique terminale

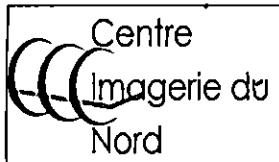
* Maladie rénale si marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).

*Vos résultats accessibles sur notre site internet : adressez-vous à notre accueil.
Les biologistes sont à votre disposition pour toute interprétation de vos résultats.*

Validation biologique par : Mme CAREJE Véronique

Compte-Rendu final

V. Careje



www.centre-imagerie-nord.com

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Centre Cardiologique du Nord

32-36 Rue des Moulins Géméaux 93200 Saint-Denis

Clinique du Landy

23 rue du Landy 93400 Saint-Ouen

Radiologie Générale, Echographie et Mammographie

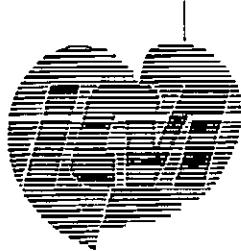
Imagerie par Résonance Magnétique et Scanner

Secrétariat : **0148137600**

Radiologie Vasculaire et Interventionnelle

Secrétariat : **0148137620**

*Dr Fabienne BACH - Dr Vincent BARRAU - Dr Francis BESSE - Dr Jacques FEIGNOUX - Dr Idan GENAH - Dr Lamia JARBOUI - Dr François LEGOU
Dr Laurent MACRON - Dr Charles MELLERIO - Dr Eric PESSIS - Dr Mathieu RODALLEC - Dr Pascal ROUX - Dr Jean-Louis SABLAYROLLES -
Dr Quentin SENECHAL - Dr Jean Michel SVERZUT - Dr Christophe TERUTEHAU - Dr Nathalie ZEE*



Scanner GEMS Revolution CT ; Mise en service : 30/05/2018 ; Agrément : 93002159 ; Autorisation ARS : 17-494 ; Saint-Denis

Dose DLP: 451.49 mGy.cm

Dr AHMAD IBRAHIM

Le 14/11/2019

Madame Elkebira EL OIRDI né(e) le 01/01/1950(69A 10M)

SCANNER CORO SCANNER

INDICATION :

Bilan coronaire.

TECHNIQUE :

Acquisition en un seul cycle cardiaque de 280ms sur un scanner 256 détecteurs, avec ECG prospectif.

Reconstructions MIP, 2D et VR sur les coronaires.

RESULTATS :

Réseau coronaire de type droit dominant.

Absence d'anomalie de naissance.

Absence de calcification coronaire.

A droite :

- Les segments de la coronaire sont indemnes de sténose significative.
- En distalité aspect normal de l'IVP et de la rétro-ventriculaire.

A gauche :

- Pas de sténose significative sur le tronc commun.
- Les segments de l'IVA sont indemnes de sténose significative, *en dehors du segment moyen qui n'est pas analysable sur l'ensemble des phases cardiaques du fait d'artéfacts de cisaillement.*
- Aspect normal des diagonales.
- La circonflexe est indemne de sténose significative avec un aspect normal des marginales.

Absence de pathologie aortique, en dehors d'un athérome minime du culot aortique..

Absence de pathologie péricardique.

Absence de masse ou de thrombus intracavitaire cardiaque.

Compte rendu validé électroniquement par le Dr Valérie HUART

ibra.amad@gmail.com

Elkebira EL OIRDI

Page 1 sur 2

Petite hernie hiatale.

CONCLUSION :

Réseau coronaire de type droit dominant. Absence de calcification coronaire. Coronaire droite dominante.

Le segment de l'IVA moyenne n'étant pas analysable sur cette acquisition, artéfacté sur l'ensemble des faces cardiaque sur son segment, l'ensemble des autres segments coronaires est indemne de lésion athéromateuse de sténose significative. On ne peut pas conclure sur le segment moyen l'IVA.

Examen à confronter a confronter de principe à un test d'ischémie.

Docteur V. HUART