

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045930

N°: 32336

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1303

Société : RAN

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JABRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 051800

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Vou dossier maladie de l'inf

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.

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) :

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 JABRI Mohamed
(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 de L'ASSURE(E)

24 av marceau 75116 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom
identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MARCEAU
7, avenue MARCEAU
75116 PARIS
752039974

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom LACAN Audrey

identifiant

raison sociale

n° de la structure 751013467
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 15052020 A A A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

XX 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)

acte conforme au protocole ALD ☐ action de prévention ☐ autre ☐

accident causé par un tiers : non XX oui ☐ date J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	Prest CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
	PH7 3400927637131		1	60,80	60,80	ULTRAVIST 370 SERING P					
	HD7		1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
	HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

6 2 , 3 3

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MIGNON Christophe

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

P19-04593

Référence : 19/05/20-V-0033
Edité, le Mercredi 20 Mai 2020

Monsieur JABRI MOHAMMED
27 AV MARCEAU

75116 PARIS

Note d'Honoraires

Madame, Monsieur,

Vous avez effectué des analyses le 19/05/20 prescrites par le INSTITUT RADIOLOGIE PARIS.
Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires suivi d'un coupon détachable
à joindre à votre règlement.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Détail de nos Honoraires

Nombre de B	:	42 B
Prélèvement	:	3.78
Déplacement	:	
Examens	:	11.34
Examens transmis	:	
Frais	:	
Non remboursés	:	
Total dossier	:	15.12 euros
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	15.12

 **PAYÉ**

A payer : **0.00 euros**

Vous avez la possibilité de payer sur notre site internet
www.laboratoire-eylau.fr dans la rubrique "Paielement en ligne"

(Nous vous remercions de joindre le talon détachable à votre règlement.)

Référence : 19/05/20-V-0033

Monsieur JABRI MOHAMMED
27 AV MARCEAU

75116 PARIS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOPATH CHAILLOT
10 rue de Chaillot
75116 Paris
Tél. : 01 53 57 40 40
Fax : 01 47 20 78 28
Conventionné : 75 3 70040 0

Total dossier	:	15.12
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	15.12
A payer	:	0.00

**MR JABRI MOHAMMED**

Né(e) le 30/12/1944 (75 Ans) -

Sexe : M

Exemplaire transmis au(x) :
INSTITUT RADIOLOGIE PARIS
31 AVENUE HOCHÉ
75008 PARIS

Monsieur JABRI MOHAMMED

27 AV MARCEAU

75116 PARIS

Dossier **19/05/20-V-0033**

Enregistré le 19/05/20

Prélèvement du 19/05/20 à 09H13 Examens effectués par le laboratoire

Edition du 20/05/2020 à 12:52

PLAB**Informations****ATTENTION !**

*Changement de système informatique et de méthodes d'analyse en date du 05/11/2019 :
rupture d'antériorités et modification des valeurs de référence.*

ANALYSES SANGUINES**Biochimie**

Valeurs de référence

Antériorités

Créatinine :
Architect-Abbott (enzymatique)

68 $\mu\text{mol/L}$
7,70 mg/l

64 à 104
7,30 à 11,80

Validé le 19/05/20 à 11:08 par VALAB PC

Débit de filtration glomérulaire par

MDRD

105 mL/min/1.73 m² >60 mL/min/1.73m²

Stade	Description	DFG (mL/min/1.73 m2)	Critères nécessaires
1	Atteinte rénale avec DFG normal	> 89	DFG et souffrance parenchymateuse rénale*
2	Atteinte rénale avec DFG légèrement diminué	60 - 89	DFG et souffrance parenchymateuse rénale*
3	Diminution modérée du DFG	30 - 59	Insuffisance rénale modérée
4	Diminution sévère du DFG	15- 29	Insuffisance rénale sévère
5	Défaillance rénale	< 15	Insuffisance rénale avancée ou terminale

*: Pour les stades 1 et 2, l'atteinte rénale se définit par la présence simultanée de signes de souffrance parenchymateuse rénale (présence de l'un ou plusieurs de ces marqueurs: albuminurie, protéinurie, anomalie du sédiment urinaire ou anomalie morphologique rénale significative).
Classification de la MRC en 5 stades selon les recommandations internationales.

Le résultat du calcul doit être corrigé si la personne est d'origine afro-américaine: Le résultat est alors à multiplier par 1,21.

Validé le 19/05/20 à 11:08 par VALAB PC

P19 - 045930



INSTITUT DE RADIOLOGIE DE PARIS

31, Avenue Hoche
(Entrée, 7, Avenue Bertie
Albrecht)
75008 PARIS
(Métro Étoile)
TEL : 01 53 83 82 82
FAX : 01 49 53 02 16

M. JABRI Mohamed
HOTEL ELYSEE REGENCIA
41 AV MARCEAU

75116 PARIS 16

ORDONNANCE EN VUE D'UN SCANNER

ACTE GRATUIT

Paris, le 15/05/20

Votre rendez vous est prévu le jeudi 21 mai 2020 à 09:25

Le jour de l'examen, la prise d'un repas léger est permise ainsi que les boissons non alcoolisées à volonté.

-Toujours prendre ses médicaments habituels
-Apporter le jour de l'examen les produits de contraste :

-1 Seringue pré-remplie de 150 ml d'ULTRAVIST 370 (IOPROMIDE) CIP : 34009 276 371 31
substituable par un flacon de IOPAMIRON 370 de 200 ml CIP : 34009 324 597 28
ou substituable par un flacon de XENETIX 350 de 150 ml CIP : 34009 337 714 23

Si possible, pensez à commander vos produits 48 heures à l'avance en pharmacie

Boire 2 litres d'eau après l'examen

En cas de légère insuffisance rénale (créatinine élevée), prendre :

- MUCOMYST (*) poudre : 1 sachet 3 fois par jour la veille et le jour de l'examen.

(*) N'oubliez pas de lire attentivement la notice du médicament (en cas de doute, veuillez vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant).

SI VOUS ETES DIABETIQUE : Arrêt du Glucophage, Eddia, Glucinan, Glumax, Metfirex, Metformine, Avandamet ou Stagid le jour de l'examen et reprendre 48h après.

SI VOUS AVEZ PLUS 65 ans : merci d'apporter un dosage sanguin de créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (cf. ordonnance jointe).

Attention : le poids du patient ne doit pas excéder 130 kg.

Veuillez apporter le jour de l'examen : votre produit de contraste, votre ordonnance, vos anciens examens d'imagerie : radiographies, échographies, scanners ou IRM, votre carte Vitale ou votre attestation. **Toutes les autres attestations : CMU – AME. En cas d'accident du travail :** certificat d'accident du travail.

Les salles d'examen étant climatisées, prévoir un vêtement sans boutons métalliques

Doteur Audrey Lacan
751 013 467

IRP – 31 avenue Hoche 75008 Paris

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOPATH CHAILLOU
10 rue de Chailloy
75116 Paris
Tél : 01 53 57 40 40
Fax : 01 47 20 78 28
Conventionné : 75 3 70040 0



INSTITUT DE RADIOLOGIE DE PARIS

31, Avenue Hoche
(Entrée, 7, Avenue Bertie
Albrecht)
75008 PARIS
(Métro Étoile)
TEL : 01 53 83 82 82
FAX : 01 49 53 02 16

M. JABRI Mohamed

Rendez vous : jeudi 21 mai 2020 à 09:25

INFORMATION DU PATIENT (fiche SFR) Injection d'un produit de contraste iodé

Y a-t-il des risques liés à l'injection ?

L'injection est un acte très courant, habituellement très bien toléré. Cependant, comme avec d'autres médicaments, des réactions peuvent survenir :

La piqûre peut provoquer la formation d'un petit hématome sans gravité, qui se résorbera spontanément en quelques jours. Lors de l'injection, sous l'effet de la pression, il peut se produire une fuite de produit sous la peau, au niveau de la veine. Cette complication est rare (un cas sur plusieurs centaines d'injections, généralement sans suite graves), et pourrait nécessiter exceptionnellement un traitement local.

L'injection de produit iodé peut entraîner une réaction d'intolérance. Ces réactions imprévisibles sont plus fréquentes chez les patients ayant déjà eu une injection mal tolérée d'un de ces produits ou ayant des antécédents allergiques. Elles sont généralement transitoires et sans gravité. Elles peuvent être plus sévères, se traduire par des troubles cardio-respiratoires et nécessiter un traitement. Les complications réellement graves sont rarissimes. Des accidents rénaux, également liés au produit iodé, sont généralement possibles, notamment chez certains sujets atteints de maladies fragilisant le rein (insuffisance rénale chronique, diabète avec insuffisance rénale, etc).

Des modalités particulières seront observées en cas de facteurs de risques particuliers, qui seront identifiés au moment du dialogue entre l'équipe et vous.

Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allergie (asthme par exemple),
une réaction particulière lors d'un examen radiologique ?

Oui ☐ Non ☒

Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale ?

Oui ☐ Non ☒

Etes-vous diabétique ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, prenez-vous des biguanides (Glucinan ®, Glucophage ®, Stagid ®) ?

Oui ☐ Non ☒

Avez-vous eu récemment une radiographie de l'estomac, de l'intestin

Ou du côlon ?

Oui ☐ Non ☒

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?

Oui ☐ Non ☒

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à nous fournir de toute maladie sérieuse.

.....
.....

Pendant l'examen

Suivez attentivement les indications qui vous seront données ; votre coopération est essentielle pour que les images ne soient pas floues. Si vous ressentez une douleur lors de l'injection, il faut la signaler immédiatement

Après l'examen

Dans l'immense majorité des cas, vous ne ressentirez rien de particulier. N'hésitez pas cependant à signaler à l'équipe tout événement qui vous paraîtrait anormal.

Ai pris connaissance



INSTITUT DE RADIOLOGIE DE PARIS

31, Avenue Hoche
(Entrée, 7, Avenue Bertie
Albrecht)
75008 PARIS
(Métro Étoile)
TEL : 01 53 83 82 82
FAX : 01 49 53 02 16

P19 - 045930

M. JABRI Mohamed
HOTEL ELYSEE REGENCIA
41 AV MARCEAU

75116 PARIS 16

ALD

ORDONNANCE EN VUE D'UN SCANNER

ACTE GRATUIT

Paris, le 15/05/20

Votre rendez vous est prévu le jeudi 21 mai 2020 à 09:25

Le jour de l'examen, la prise d'un repas léger est permise ainsi que les boissons non alcoolisées à volonté.

-Toujours prendre ses médicaments habituels
-Apporter le jour de l'examen les produits de contraste :

-1 Seringue pré-remplie de 150 ml d'ULTRAVIST 370 (IOPROMIDE) CIP : 34009 276 371 31
substituable par un flacon de IOPAMIRON 370 de 200 ml CIP : 34009 324 597 28
ou substituable par un flacon de XENETIX 350 de 150 ml CIP : 34009 337 714 23

Si possible, pensez à commander vos produits 48 heures à l'avance en pharmacie

Boire 2 litres d'eau après l'examen

En cas de légère insuffisance rénale (créatinine élevée), prendre :

- **MUCOMYST (*)** poudre : 1 sachet 3 fois par jour la veille et le jour de l'examen.

(*) N'oubliez pas de lire attentivement la notice du médicament (en cas de doute, veuillez vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant).

SI VOUS ETES DIABETIQUE : Arrêt du Glucophage, Eddia, Glucinan, Glumax, Metfirex, Metformine, Avandamet ou Stagid le jour de l'examen et reprendre 48h après.

SI VOUS AVEZ PLUS 65 ans : merci d'apporter un dosage sanguin de créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (cf. ordonnance jointe).

Attention : le poids du patient ne doit pas excéder 130 kg.

Veuillez apporter le jour de l'examen : votre produit de contraste, votre ordonnance, vos anciens examens d'imagerie : radiographies, échographies, scanners ou IRM, votre carte Vitale ou votre attestation. **Toutes les autres attestations** : CMU – AME. **En cas d'accident du travail** : certificat d'accident du travail.

Les salles d'examen étant climatisées, prévoir un vêtement sans boutons métalliques

Doteur Audrey Lacan
751 013 467

IRP – 31 avenue Hoche 75008 Paris



INSTITUT DE RADIOLOGIE DE PARIS

31, Avenue Hoche
(Entrée, 7, Avenue Bertie
Albrecht)
75008 PARIS
(Métro Étoile)
TEL : 01 53 83 82 82
FAX : 01 49 53 02 16

M. JABRI Mohamed

Rendez vous : jeudi 21 mai 2020 à 09:25

INFORMATION DU PATIENT (fiche SFR) Injection d'un produit de contraste iodé

Y a-t-il des risques liés à l'injection ?

L'injection est un acte très courant, habituellement très bien toléré. Cependant, comme avec d'autres médicaments, des réactions peuvent survenir :

La piqûre peut provoquer la formation d'un petit hématome sans gravité, qui se résorbera spontanément en quelques jours. Lors de l'injection, sous l'effet de la pression, il peut se produire une fuite de produit sous la peau, au niveau de la veine. Cette complication est rare (un cas sur plusieurs centaines d'injections, généralement sans suite graves), et pourrait nécessiter exceptionnellement un traitement local.

L'injection de produit iodé peut entraîner une réaction d'intolérance. Ces réactions imprévisibles sont plus fréquentes chez les patients ayant déjà eu une injection mal tolérée d'un de ces produits ou ayant des antécédents allergiques. Elles sont généralement transitoires et sans gravité. Elles peuvent être plus sévères, se traduire par des troubles cardio-respiratoires et nécessiter un traitement. Les complications réellement graves sont rarissimes. Des accidents rénaux, également liés au produit iodé, sont généralement possibles, notamment chez certains sujets atteints de maladies fragilisant le rein (insuffisance rénale chronique, diabète avec insuffisance rénale, etc).

Des modalités particulières seront observées en cas de facteurs de risques particuliers, qui seront identifiés au moment du dialogue entre l'équipe et vous.

Avant l'examen, répondez attentivement aux questions suivantes :

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'allergie (asthme par exemple),

une réaction particulière lors d'un examen radiologique ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous une maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale ?

Oui ☐ Non ☐

Etes-vous diabétique ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, prenez-vous des biguanides (Glucinan ®, Glucophage ®, Stagid ®) ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu récemment une radiographie de l'estomac, de l'intestin

Ou du côlon ?

Oui ☐ Non ☐

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Allaitiez-vous ?

Oui ☐ Non ☐

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à nous fournir de toute maladie sérieuse.

.....
.....

Pendant l'examen

Suivez attentivement les indications qui vous seront données ; votre coopération est essentielle pour que les images ne soient pas floues. Si vous ressentez une douleur lors de l'injection, il faut la signaler immédiatement

Après l'examen

Dans l'immense majorité des cas, vous ne ressentirez rien de particulier. N'hésitez pas cependant à signaler à l'équipe tout événement qui vous paraîtrait anormal.

Ai pris connaissance

P105 - 045930

Docteur Jean ABITBOL

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Ancien Interne - Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-Rhino-Laryngologiste - Phoniatre - Chirurgie Cervico-Faciale
Professeur Adjoint ORL Drexel University College of Medicine of Pennsylvania Philadelphia-USA*

*Membre de la Société Française d'ORL et de Phoniatry
Fellow of the Royal Society of Medicine (U.K.)
Corresponding Member of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation
Active membership of the American Laryngological Association
Active membership of the American Broncho-Esophagological Association
Scientific Advisory Board of the International Association of Phono-Surgery
Scientific Advisory Board of the International Society for Laser Surgery and Medicine
Board of Director et Scientific Advisory Board of the Voice Foundation*

75 1 37640 1

1 Rue Largillière-75016 PARIS-FRANCE

TÉL 33 1 46 47 91 89 FAX 33 1 45 27 72 30

Paris, le mercredi 13 mai 2020

Monsieur Mohamed JABRI

SCANNER EN 3 D : VOCO-SCAN: faire une imagerie sur A* I* OU * // AU REPOS // EN
PHONATION TYPE VALSALVA : ET RECHERCHER

Contrôle hemilaryngectomisée

Cicatrisation satisfaisante

Reflux gastrique et oesophagien pharyngolaryngé





Dr Gil TEMAN

AIHP, Ancien Chef de Clinique

Dr Audrey LACAN

AIHP/Ancien assistant des Hôpitaux de Paris
- Attachée à l'HEGP

Dr Laurent SARAZIN

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Attaché à l'Hôpital Cochin

Dr Mickaël SUISSA

AIHP/Ancien Chef de Clinique
- Assistant des Hôpitaux de Paris

Dr Alain DANA

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Ancien expert près la Cour de Cassation

Dr Laurent LEVY

Dr Jean-François CHICHE

Ancien Chef de Clinique
Radiologiste des Hôpitaux

Dr Brigitte MARTIN

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Ancien Praticien Hospitalier

Dr Wladimir OWCZARCZAK

Dr Jacques BOKOBSA

Dr Didier GODEFROY

Professeur Associé au Collège
le Médecine des Hôpitaux de Paris

Dr Benoît ROUSSELIN

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Radiologiste des Hôpitaux de Paris

Dr Marie BRISA

Attaché à l'Hôpital HEGP
Assistante des Hôpitaux

Dr Mina PETKOVA

AIHP/Ancien Chef de Clinique
- Assistant des Hôpitaux de Paris

Dr Nicolas VERNHET

AIHP/Ancien Chef de Clinique
- Assistant des Hôpitaux de Paris

Dr Audrey MASSEIN

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Attaché à l'Hôpital Pitié Salpêtrière

Dr Sophie GRIVAUD

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de
Paris - Praticien au GH Diaconesses Croix
St Simon

Dr Blandine BORU

AIHP/Ancien Chef de Clinique
- Praticien des Hôpitaux de Paris

Dr Jérôme LUCAS

AIHP, Ancien Chef de Clinique
Praticien à l'Hôpital Foch

Dr Stéphanie COHEN-ZARADE

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de
Paris - Attachée à l'Hôpital St Louis

Dr Catherine LENTSCHENER

CENTRE DENTO-MAXILLO-FACIAL ET RADIO-OTOLOGIE

M. JABRI MOHAMED | Etat civil :

Date Naiss : 30/12/1944

/ AL / Dossier : C10035522844

Docteur ABITBOL Jean

Paris, le 21/05/2020

SCANNER LARYNGE

Indication:

Contrôle après hémilaryngectomie

Technique:

Examen effectué avec un appareil G. E REVOLUTION (mise en service le 25/08/2017)

Acquisition hélicoïdale cervicale après injection biphasique de contraste

Acquisition après manœuvre de phonation

Total PDL : 673.90 mGy.cm

Résultat:

Épaississement de la commissure antérieure étendue en sous commissural

Épaississement sous-glottique bilatérale discrètement plus marqué à gauche étendue à mi-hauteur du cricoïde

Intégrité avec aspect symétrique des cordes vocales et des espaces graisseux paralaryngés.

Lors de la manœuvre de phonation, adduction normale des aryténoïdes.

Par ailleurs,

Aspect normal des reliefs muqueux du cavum.

Pas d'anomalie de l'oropharynx de la cavité buccale.

Pas d'adénopathie latéro-cervicale de taille significative.

A noter une dilatation de l'œsophage cervical

Conclusion:

Épaississement commissural et sous commissural antérieur associée à un discret épaississement sous glottique. Cet aspect reste compatible avec des remaniements cicatriciels.

Pas de rehaussement suspect.

Docteur Audrey LACAN

Compte rendu signé électroniquement par : Dr AUDREY LACAN



INSTITUT DE RADIOLOGIE DE PARIS

31, Avenue Hoche
(Entrée, 7, Avenue Be
Albrecht)
75008 PARIS
(Métro Étoile)
TEL : 01 53 83 82 8
FAX : 01 49 53 02 1

Monsieur JABRI MOHAMED
27 AV MARCEAU

75116 PARIS 16

Paris, le jeudi 21 mai 2020

NOTE D'HONORAIRES SCANNER

Pour des examens réalisés ce jour concernant :

M. JABRI MOHAMED

Assuré(e) : JABRI MOHAMED

N° SS :

Date de l'examen : 21/05/2020

Dossier : C10035522844
FSE n° : 000416312

Examen(s) :
SCANNER LARYNX

A la demande du Docteur ABITBOL JEAN

Facturation :

LCQH001
YYYY600

Part Caisse : 0 €
Montant part Forfait technique : 100 €
Montant total du dossier : 310 €
Régulé par le patient : 310 €

Facture acquittée.

Docteur LACAN-MELKI AUDREY
751013467

Si vous n'avez pas eu de feuille de soins c'est qu'elle a été transmise à votre centre de remboursement.
Votre remboursement mutuelle sera automatique si elle est en relation avec votre centre, sinon,
vous devrez transmettre, cette note d'honoraires avec votre décompte à votre mutuelle.