

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
M23-004764

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NARISSI Ahmed
 Date de naissance : 07/01/1943
 Adresse : Résidence el wiam B2 oum Rabia J1412
 Apt 7 3^e étage el oufja
 Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 151,03 € Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Age : 65
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 19/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07/08/23	ECQM002-H		69,93	DOCTEUR MARC PLATKIEV 06 RADIOLOGIE ET IMAG.  0111 RUE DE PARIS 92100 BOULOGNE BILLANCOURT 01 075230 00 11 11 00 00
	ECQM001-H2	Echographie	18,90	

07/08/23	ECCQM002-11 PCQM001-12	Echographie	69,93 18,90	DOCTEUR MARC PLATKIEV 06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAG.  0111 RUE DE PARIS 92100 BOULOGNE BILLANCOURT 021075230 : 0...1...11...01...06...
----------	---------------------------	-------------	----------------	---

0111 RUE DE PARIS
92100 BOULOGNE BILLANCOURT
92 1 07523 0 0 1 11 0 06 TEL. 014

TEL 0146053037

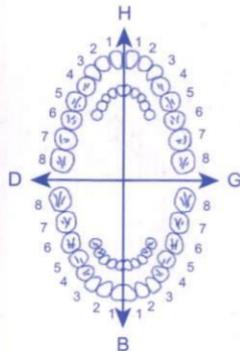
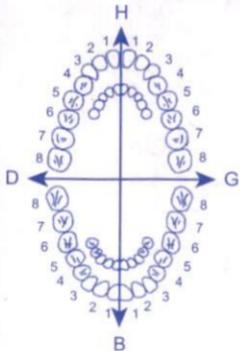
[illegible]

32.27.2015		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Désignation des Coefficients
Date	Montant des Honoraires
4/8/25	63,00

Samia BE...
ADONDIAGNOSTIC ETUDE...
ELARL ICC
175 avenue de Paris
920 CHAILLON
55 8 08 11 0 06
Tel. 01 46 7 4 18 25 PBOYH003 63,00

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	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'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a horizontal line labeled 'D' on the left and 'A' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arches curving upwards and outwards.

A circular diagram of the human vocal tract, viewed from above. The diagram is divided into four quadrants by a horizontal line (labeled D on the left and G on the right) and a vertical line (labeled H at the top and B at the bottom). The vocal tract is represented by a series of circles and lines. The top half (H) shows the oral cavity, and the bottom half (B) shows the nasal cavity. The sides are labeled D and G. Numbers 1 through 8 are placed around the perimeter to indicate specific points of articulation or anatomical features. The diagram is a simplified representation of the vocal tract's cross-section.

[illegible]

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)
1 0 0 2 4 3 1 2 8
0 7 0 8 2 0 2 3
date J J M M A A A A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

NASSIRI Aicha

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

2 9 0 6 1 9 5 8

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR PLATKIEWICZ MARC

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAG. MED.

CONVENTIONNEE

111 RUE DE PARIS

92100 BOULOGNE BILLANCOURT

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 92 1 07523 0 00 1 11 1 06 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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 "a")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

X

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	L.K. montant ③
0 7 0 8 2 0 2 3	E C Q M 0 0 2 1	1		1	6 9,9 3				
0 7 0 8 2 0 2 3	P C Q M 0 0 1 1	1		2	1 8,9 0				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

8 8,8 3

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actes

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Part patient : 88,83 €

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 6 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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - votre numéro d'immatriculation,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre date de naissance,
 - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'immatriculation,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- changement d'organisme d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **MARNISSI Aicha**

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

2 9 0 6 1 9 5 8

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom **MARNISSI Aicha**

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

36 rue Ledru Rollin 92260 FONTENAY AUX ROSES

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement
cachet de cet établissementmédecin salarié
n° d'identification

spécialité

nom

Dr Samia BELAROUSSI

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAG. MED. Conventionné hono. Libres

SELARL ICC

175 avenue de Paris

92320 CHATILLON Tél. 01 46 73 98 98

92 1 70855 8 08 1 11 0 06

n°
FINESSentente
préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

MALADIE

exonération du ticket modérateur : non

oui

(si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

personne visée à l'art. L. 115

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination X

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	nbre	montant
0 4 0 8 2 0 2 3	P B Q M 0 0 3 1				63,00€				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

63,00€

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

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

signature du médecin

ayant effectué 175 avenue de Paris

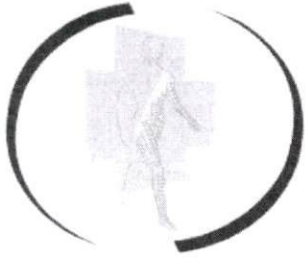
l'acte ou les actes 92320 CHATILLON Tél. 01 46 73 98 98

92 1 70855 8 08 1 11 0 06

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal).
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 6 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.

(*) voir notice au verso



www.radiologie92.com

**CENTRE D'IMAGERIE
MEDICALE RENAN**
31, rue Ernest Renan
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Tél : 01 46 48 78 78

**CENTRE D'IMAGERIE
DE LA MAIRIE**
32, rue Diderot
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Tél : 01 46 45 06 13

**CENTRE D'IMAGERIE
DE LA CLINIQUE DU
PLATEAU**
3-5, rue des Carnets
92140 CLAMART
Tél : 01 46 31 23 06

**CENTRE
D'IMAGERIE
MAISON BLANCHE**
175, avenue de Paris
92320 CHATILLON
Tél : 01 46 73 98 98

**CENTRE D'IMAGERIE
DE CHAVILLE**
855, avenue Roger Salengro
92370 CHAVILLE
Tél : 01 47 50 40 00

**CENTRE D'IMAGERIE
DU PÔLE DE SANTE DE
MEUDON**
3-7, avenue de Villacoublay
92360 MEUDON LA FORÊT
Tél : 01 41 28 10 77
Tél : 01 41 28 10 60

**CENTRE D'IMAGERIE
MEDICALE JAURES**
86, avenue Jean Jaurès
92140 CLAMART
Tél : 01 47 36 92 11

CHATILLON, le 4 août 2023

N° de dossier : E2308134433

N° facture : 230801678

FACTURE ACQUITTEE

Examen concernant Madame MARNISSI Aicha

Réalisé le 04/08/2023

Par le Docteur Samia BELAROUSSI

Cotation : Echographie du genou
PBQM003

Somme : Honoraires 63,00 €
Forfait Tech 0 €
Montant Total 63 €

Montant Patient : 63.0 €
Montant DH : 25,20 €
Solde Patient : 63 €

Centre d'Imagerie
Maison Blanche
175, Avenue de Paris
92320 CHATILLON
Tél : 01 46 73 98 98
Le Secréariat

CHATILLON, le 04/08/2023

Docteur BELAROUSSI Samia

Dossier n° E2308134433, le 04/08/2023

Madame MARNISSI Aicha

Identité Nationale de Santé

Nom et Prénom de naissance NASSIRI Aicha

Date et Lieu de naissance 29/06/1958

Sexe F

N° et Nature du matricule

ECHOGRAPHIE DES GENOUX

Toshiba aplio 400 mis en service en 2015

Indication :

Recherche de signe de synovite.

Résultats

Hypertrophie synoviale avec hyperémie au Doppler sans nodule tissulaire décelable.
Épanchement intra-articulaire significatif à prédominance droite.

Lors des coupes antérieures, dans le plan axial la pointe de la rotule est bien positionnée par rapport à la gorge trochléenne.

Les ailerons rotuliens sont normaux.

Dans le plan sagittal, le tendon rotulien est normal.

Le tendon quadricipital est normal.

Lors des coupes frontales, en médial, le ligament latéral interne est normal, le ménisque interne est homogène.

Les éléments tendineux de la patte d'oie sont normaux.

En latéral, le ligament latéral externe et le ménisque externe sont normaux.

Le tendon bicipital est normal. La bandelette ilio-tibiale est normale.

Kyste poplité gauche de 2 cm

Conclusion :

Aspect de synovite active bilatérale, épanchement intra-articulaire significatif à prédominance droite, kyste poplité gauche de 2 cm, amincissement des interlignes articulaires du compartiment fémoro-tibial médial.

Docteur Samia BELAROUSSI

Pour accéder à votre dossier : <https://radiologie92.com>