

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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0005880

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 719 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSALIME Ahmed Date de naissance : 01-01-48
Adresse : 107 lot LINA Sidi Maarouf Casablanca
Tél. : 0611 90 69 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DOCTEUR NICOLE FRIBOURG JOURDAN
14 RHUMATOLOGIE
21 RUE DE CHAZELLES
75017 PARIS
TEL 01 48 88 25 25
75 1 52682 3
CONV HONO. LITRES
0 3 91 0
CAB CONV ZTSO ZTR
Date de consultation : 23 / 06 / 2022
Nom et prénom du malade : LAKHDAR Saïda Age : 62 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme poignet gauche
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute
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 : Paris Le : 23 / 6 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/6/22 | Rhumatologie | 1 | 150,00 | DOCTEUR NICOLE FRIBOURG JOURDAN 14 RHUMATOLOGIE 21 RUE DE CHAZELLES 75017 PARIS TEL 01 48 88 25 25 75 1 52682 3 0 3 31 0 CAB CONV ZTSD ZTK |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE PARODI 222 rue du Fbg St Martin - 75010 PARIS 75 2 03850 5 Tél : 01 46 07 34 71 / Fax : 01 46 07 33 56 email : pharmacieparodi@ipharma.fr | 23/06/2022 | 736,16 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE 60 rue de la Chapelle - 75018 PARIS Tél : 01 42 20 34 53 / Fax : 01 42 20 34 54 Email : info@radio-logie.fr | 02/08/22 | 300 | 300,00 DM |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

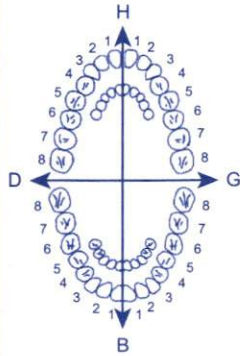
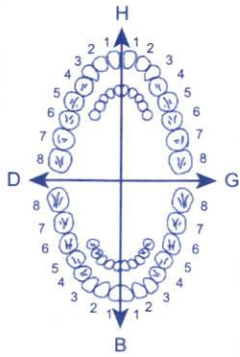
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|--|--|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|--|
|  | | | | 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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

Docteur Nicole Fribourg-Jourdan
Rhumatologie
Médecine du Sport
Pathologie du Rachis
Membre de la Société Française de Rhumatologie



Clinique du Parc Monceau
21, rue de Chaxelles
75017 Paris
Tél : 01 48 88 25 25
Fax : 01 48 88 26 03
E-mail : nicoleff61@gmail.com

Sur rendez-vous

le 23/6/2022

re LAKHDAR Seida

- ① Flector Tisongel 1 patch / nuit 10 nuits consécutives
2 boîtes
- ② Zyma D 50.000 1 ampoule à boire par mois. 6 mois



1KIPL003118001



Facture

| Numéro de facture | Date | Code client |
|-------------------|------------|-------------|
| 220055292 | 23/06/2022 | |

752038505

PHARMACIE PARODI

Mme DOUMERC
222 RUE FAUBOURG SAINT MARTIN
75010 PARIS 10
FRANCE
Tél : 0146073471
Fax : 0146073396
E-mail : pharmacieparodi@ipharm.fr

LAKHDAR SAIDA
4 SQUARE LEON GUILLOT
75015 PARIS 15

SIRET : APE :
TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/07/2022

| Code13Réf | Désignation | Qté | TTC U Brut | %Rem | TTC U Net | Mt TTC Net | %TVA |
|-----------------|--|-----|------------|------|-----------|------------|------|
| 34009 3008729 9 | ZYMAD 50 000 UI S BUV EN AMP 1AMP/2ML | 6 | 2,2600 | 0,00 | 2,2600 | 13,56 | 2,1 |
| 34009 3782233 6 | FLECTORTISSUGELEP 1% EMLATF | 4 | 14,9000 | 0,00 | 14,9000 | 59,60 | 10,0 |

Quantité totale des produits : 10

| Taux TVA | HT Brut | %Rem | Remise | HT Net | TVA | Total Net HT | |
|---------------|---------|-------|--------|--------|------|--------------|--|
| 10,0% | 54,18 | 0,00% | 0,00 | 54,18 | 5,42 | 67,46 EUR | |
| 2,1% | 13,28 | 0,00% | 0,00 | 13,28 | 0,28 | 5,70 EUR | |
| | | | | | | 73,16 EUR | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Totaux | 67,46 | 0,00% | 0,00 | 67,46 | 5,70 | | |

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

PHARMACIE PARODI
222 rue du Fbg S^t Martin - 75010 PARIS
75 2 03850 5
Tél. : 01 46 07 34 71 / Fax : 01 46 07 33 96
email : pharmacieparodi@ipharm.fr

N° 12541 *02

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

date 23 06 2022

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

(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

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)

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

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR NICOLE FRIBOURG JOURDAN

14 RHUMATOLOGIE

CONV. HONO LIBRES

21 RUE DE CHAZELLES

75017 PARIS

=> 75 1 52682 3 00 3 31 0 14 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

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 | I.K. montant ③ |
| 23 06 2022 | | | C | | 150 €, 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

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

150 €, 00

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 actessignature 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 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.

Docteur Nicole Fribourg-Jordan
Rhumatologie
Médecine du Sport
Pathologie du Rachis
Membre de la Société Française de Rhumatologie

N° Apps.



10000422294

Clinique du Parc Monceau
21, rue de Chazelles
75017 Paris
Tél. : 01 48 88 25 25
Fax : 01 48 88 26 03
E-mail : nicolefj61@gmail.com

Sur rendez-vous

le 23/6/2022

M^{me} LAKHDAR Saïda

Faire une IRM du poignet et du carpe (bord radial)

Poignet

quelque lésion ligamentaire post-traumatique
sans récence +/- fissure chondrale / osseuse
sans chondral associé ?

nephrectomie

RADIOLOGIE
21, Rue Ilyia Aboul M. H.
Appt N° 3 Gauthier - La abnca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Dr. Y. MAOUI

N° Am.



751526823

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.





Nom & prénom : LAKHDAR SAIDA

FACTURE N° : 22/015310

Date : 02/08/2022

| <u>Examen</u> | <u>Montant</u> |
|----------------------|----------------|
| I.R.M POIGNET GAUCHE | 3 000,00 |
| Total Montant | |
| 3 000,00 | |

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

TROIS MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 02/08/2022

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

RADIOLOGIE ABOUMADI
27, Rue Ilyia Abou Madi
Appel N° 3 Gautier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09



Casablanca le 02/08/2022

PATIENT : LAKHDAR SAIDA
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M POIGNET GAUCHE
H.

TECHNIQUE

DP avec saturation de la graisse dans les 3 plans de l'espace.
T1 dans les 3 plans de l'espace.

Dr. Mustapha AKIKI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA

Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

RÉSULTAT

Présence d'un important remaniement au niveau du versant radial de l'articulation radio-carpienne intéressant l'extrémité inférieure du radius et le scaphoïde. Cette atteinte porte sur l'os et sur la synoviale et des ligaments :

Sur le plan osseux

Il existe un œdème osseux intéressant le scaphoïde sans véritable solution de continuité. Cet œdème s'étend également vers le trapèze et le trapézoïde avec une petite géode au niveau du trapézoïde.

Sur le plan synovial

Il existe un épanchement liquidien de faible abondance inter articulaire entre les articulations radio scaphoïdiennes carpo métacarpienne du premier rayon..

Sur le plan ligamentaire

On note une rupture du ligament triangulaire.

Sur le plan tendineux

Respect des tendons du poignet.

Sur le plan chondral on note un respect du cartilage d'encroûtement sans pincement nettement individualisable.

À noter également l'existence de petits kystes au niveau du versant cubital de l'articulation cubitocarpienne

AU TOTAL

Lésion d'allure post traumatique avec œdème osseux au niveau des os du carpe portant sur le scaphoïde, le trapèze et trapézoïde associée à un épanchement liquidien et une lésion ligamentaire du ligament triangulaire.

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

Confraternellement
DR. BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 091032870