

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

N° W19-578239

ND 50258

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A157**

Société : **RAM / Directen CAA**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAMAYED - ELMILI RAFIK**

Date de naissance : **07/08/1939**

Adresse : **10 Rue de la Mer Baltique Ain Diab**

Tél. : **05 22 21 53 12**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10/08/2020**

Nom et prénom du malade : **HAMAYED RAFIK**

Age :

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Précision à faire**

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 : **Casablanca**

Le : **29/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sébbag Allouche Facture ci-joint	14/10/2023	74,04

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>SAS IRM</b> PARIS 16 46-48 Rue Chardon Lagache 75016 PARIS 01 55 74 40 40</p> 	16/10/2020	LCN002 + 7.996,600 + 1 FT	200,00€ 70,10€

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad 00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  B  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

## 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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - 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 compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur; y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • 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 en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **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, **n'oubliez pas également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur 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.**



PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE Fact. Num. : 133172  
97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 14/10/2020  
75011 PARIS Date Ord. : 14/10/2020  
752013227 Medecin: IRM Paris  
Tel :0147002420 Code Op: 3  
INSEE: Malade:HAMAYED EL MILI Rafik  
84 rue de charonne 75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	GADOVIST 1MMOL/M L SER 10ML 1	3400936080218	70,93	-	1,02	0
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
1	Honor. dispens.		1,58	-		0

MONTANT TOTAL : 74,04 MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 74,04

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

# IRM Paris 16

Patient :  
**M. HAMAYED Rafik**

Né le :  
**07/08/1939**

RDV le :  
**vendredi 16 octobre 2020 à 14h00**

Avec :  
**Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE**  
À l'adresse suivante :  
**IRM Paris 16**  
**46 Rue Chardon Lagache**  
**75016 Paris**

**M. HAMAYED Rafik**

## ACTE GRATUIT

### Vous procurer en pharmacie :

- 1 flacon de GADOVIST 10 ml en seringue pré-remplie (Code CIP : 34009 360 802 1 8)  
Si indisponible : 1 coffret GADOVISTAUTO de 10 ml (Code CIP : 34009 301 765 8 0)

Docteur **WAJNAPEL**  
**75174452**

À Paris, le 14/10/2020  
Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE  
Nº RPPS : 10100466837

*En cas d'urgence,appelez le 15.*

Votre praticien utilise le service Doctolib, vous pouvez prendre directement rendez-vous en ligne sur doctolib.fr depuis votre ordinateur ou votre smartphone.

1er volet : destiné à l'organisme de paiement

2e volet : destiné au praticien

3e volet : destiné à l'établissement ou à la société

100176176

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	SAS IRM PARIS 16 46-48 rue Chardon Lagache	NUMERO d'IMMATRICULATION	<input type="text"/>
ADRESSE		NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance)	HAMAYED ELMILI
Téléphone	75016 PARIS 01 55 74 40 40	NOM D'USAGE	Rafik
N° d'établissement ou de la société	750022568	PRENOM	84 rue de Charonne
N° de l'appareil ou N° d'agrément	35067	75011 PARIS	
Date d'installation	03/09/2013	CODE ORGANISME D'AFFILIATION	<input type="text"/>
Puissance ou classe de l'appareil	1,5 tesla	NOM et ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	<input type="text"/>
Tarification du forfait technique normal <input type="checkbox"/> réduit <input checked="" type="checkbox"/> (3)	N° d'ordre de l'examen 6483	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
Montant en euro	70,10 €	Droits jusqu'au	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="text"/>
REMBOURSEMENT (2)		S'agit-il d'un accident ?	<input type="checkbox"/> X NON
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT	<input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	Le malade est-il hospitalisé	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="text"/>
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :		<input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation <input type="text"/>	
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE			
NOM - Prénom	Docteur LATAUD	NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
ADRESSE	Marine	<input type="checkbox"/> X NON	
Téléphone		Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case <input type="checkbox"/>	
NUMERO D'IDENTIFICATION	751720970 0 3 31 0 06	SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
Date de l'acte	16/10/2020	NOM PATRONYMIQUE	<input type="text"/>
Signature de l'exploitant	Signature du médecin	PRENOM	Date de naissance <input type="text"/>
		Lien avec l'assuré	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille <input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus			
Signature de l'exploitant		Signature de l'assuré(e)	
La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du code Pénal).			
(1) se reporter à la carte d'assurance maladie			

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1er août 1991 et à compter du 1er janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1er août 1991.

# 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.

# 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 1 7 6 1 7 6  
1 6 1 0 2 0 2 0  
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)*

nom et prénom **HAMAYED ELMILLI Rafik**

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

numéro d'immatriculation

0 7 0 8 1 9 3 9

date de naissance

0 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)** **84 rue de Charonne 75011 PARIS**

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

**DOCTEUR LATAUD MARINE**

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**95 RUE MICHEL ANGE**

**SELARL**

**75016 PARIS**

Tél 0140712412

=> 75 1 72098 8 00 3 31 0 06 n°AM

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## X 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 "\*" 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

**X**

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(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	frais de déplacement	
							I.D. ② M.D.	I.K. nbre
1 6 1 0 2 0 2 0	Z C Q N 0 0 2 1				1 9 9,2 5	<b>X</b>		
1 6 1 0 2 0 2 0	Y Y Y Y 6 0 0 1				0,7 5			
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL**  
en euros (1+2+3)

2 0 0,0 0

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

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peine **Part patient: 200,00 €** 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.

**(aucun objet)**

3 messages

**ROCHA Angela <angela.rocha@aphp.fr>**

À : "Rafik Hamayed - El Mili (rafik.hamayed@gmail.com)" <rafik.hamayed@gmail.com>

27 septembre 2018 à 15:02

Bonjour

Le Pr MESSAS a vu avec le PR ACHOUH il faut faire une échographie tous les 6 mois et un IRM tous les ans

Bien à vous

Cordialement

Angela ROCHA

Secrétariat du chef de service médecine vasculaire

Professeur Emmanuel MESSAS

Tel : 01 56 09 37 55

Fax : 01 56 09 30 65

angela.rocha@aphp.fr

# IRM PARIS 16

*Imagerie par Résonance Magnétique*

**46 - 48 rue Chardon Lagache - 75016 PARIS**

Tel : 01 55 74 40 40 Fax : 01 55 74 03 10

Dr Hélène BAHUREL-BARRERA - Dr Romain BAZELI - Dr Caroline ESCOURROU RIMAILHO - Dr François LAFITTE

Dr Yannik LARVOR - Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE - Dr Sébastien MALAN

Dr Fabienne TAILLIEU-PRADEL - Dr Gérald WAJNAPEL

**Docteur Marine LATAUD**

Mr Le Professeur Emmanuel MESSAS  
Hôpital Européen G. Pompidou  
20 Rue Leblanc  
75908 PARIS CEDEX 15

NM/ML

**Monsieur HAMAYED ELMILI Rafik**

Né (e) le 07/08/1939

Site : [www.Imagerieparis16.Com](http://www.Imagerieparis16.Com)

N° d'accès : 1.100176176

Apycrypt : selarl. Du. Cirm@medical75. Apycrypt. Org

Paris, le 16 octobre 2020

## IRM AORTIQUE

### INDICATION

Réévaluation d'un anévrisme de l'aorte ascendante, estimé à 50 mm au niveau du tube.

Aorte ascendante post-valsalva, mesuré à 48 mm sur la dernière échographie transthoracique (anneau à 26 mm, sinus de Valsalva à 40 mm).

Réévaluation du calibre de l'aorte ascendante et de la crosse.

### TECHNIQUE

IRM Magnetom Aera SIEMENS mise en service le 03/09/13.

Séquences 3D, séquence sans injection et angiographique, et axiale T1 après injection de Gadovist 15 8 ml (lot n°KT063PK).

### RESULTAT

L'examen est comparé à celui datant d'octobre 2019.

Examen de qualité légèrement sous optimale.

Anneau : mesuré environ à 21,8 mm x 29,7 mm.

Sinus de Valsalva : 36,4 mm x 38,2 mm.

Jonction sino-tubulaire : 34,9 mm x 35,7 mm.

Aorte ascendante : 49 mm x 51,7 mm.

Crosse : 33 mm x 38 mm.

Aorte thoracique descendante : 36 mm x 38 mm.

Discret épaississement pariétal de l'aorte thoracique descendante.

Absence d'anomalie sur les structures extrêmes aortiques explorés.

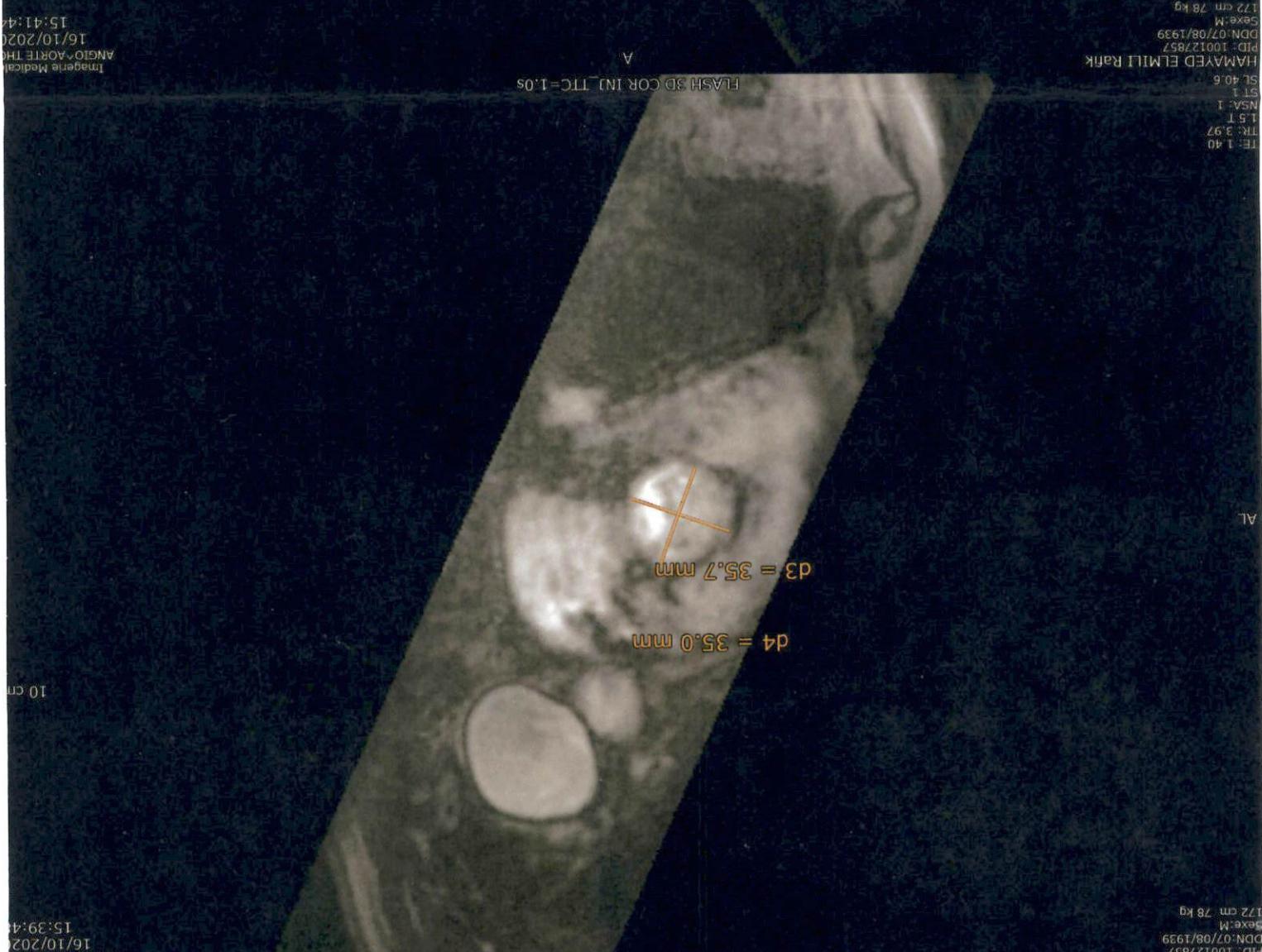
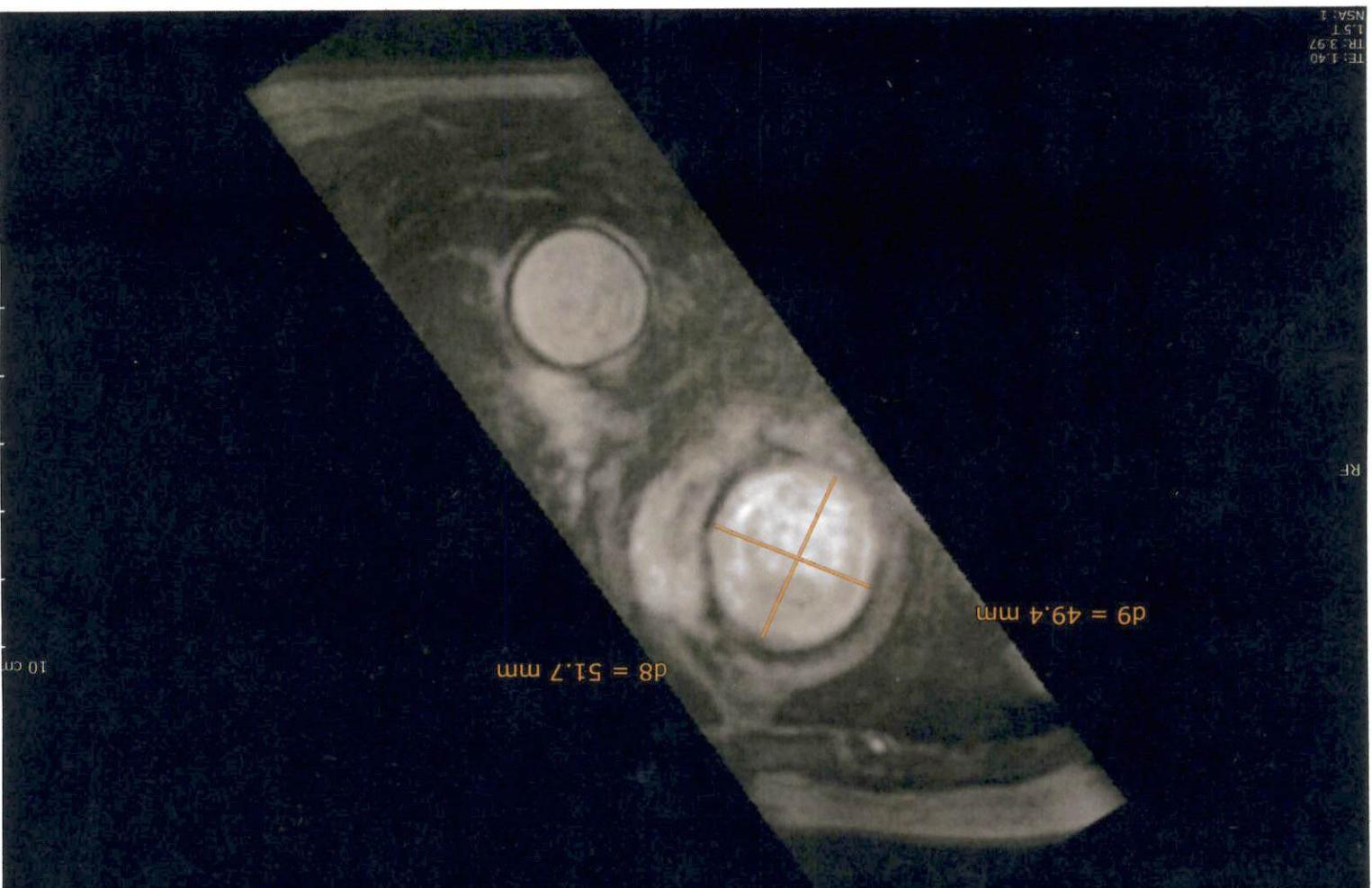
### CONCLUSION

Comparativement à l'examen scanographique datant d'octobre 2019, globale stabilité de la dilatation de l'aorte ascendante, prédominant en sus-sinusien, avec un diamètre maximal du tube aortique qui est mesuré à 49 mm x 51,7 mm.

Devant la qualité non optimale de l'examen (discrets artefacts cinétiques), nous proposons un contrôle ultérieur par angioscanner si vous le jugez nécessaire également.

**Docteur M. LATAUD ALLILAIRE**

*Validation informatique du CR par le Radiologue*



**IRM PARIS 16**

46 Rue Chardon Lagache  
75016 Paris

Nom du patient : HAMAYED ELMILI Rafik  
Date de l'examen : 16/10/2020 15:19:00  
Date de naissance : 07/08/1939  
Description : ANGIO^AORTE THO  
Modalité : IRM