

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013717

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6136 Société : 125342
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EC MORGANE LOUB
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
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 : / /

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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
k = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro-Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 841413

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL MORJANI hana
Matricule : 6136 Fonction : Receveur Poste :
Adresse :
Tél. : 06 95 48 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ELMORJANI hana Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 27-6-22
Nature de la maladie : Varicelle
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 27-06-2022 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 841413
Matricule N° : 6136
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé : 2902,00
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
27/06/2022	C2		400,00 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALBAIDA Dr. Samir OSMAN 496, Bd Maqdad Lahrizi - Hay Khalid Ben M'sick - Casablanca / Tél: 0522 37 27 95 INPE : 92004043	27/06/2022	PHARMACIE ALBAIDA Dr. Samir OSMAN 496, Bd Maqdad Lahrizi - Hay Khalid Ben M'sick - Casablanca / Tél: 0522 37 27 95 1502,00 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/06/2022	ECHO Doppler	1000,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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"/>																					
				MONTANT 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"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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			MONTANT 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

PHARMACIE ALBAIDA

MR. SAMIR OSMAN

496, BD. MAQDAD LAHRIZI HAY KHALID

BEN MSICK-CASABL

Taxe Profes. N°: 33920698

N° R.C. : 209572

N° ID.F. : 49316960

N° CNSS : 2050491

Tel : 0522372795

Fax : 0522377138

N° ICE 001645465000094

INPE : 92004043

Mme ELMORJANI LAILA

I.C.E. :

CASABLANCA

Le : 20/07/2022

FACTURE N°:

485/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	COLLANT FE.KOKOON C2 BEIG	550.00	550.00
1	COLLANT FE.KOKOON C2 NOI	550.00	550.00

TVA 20

183.33

Total :

1 100,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CENT DIRHAMS

Docteur GABRIEL LASRY

PHARMACIE ALBAIDA

Dr. Samir OSMAN

496, Bd Maqdad Lahrizi - Hay Khalid

Ben M'sick - Casablanca / Tél: 0522 37 27 95



Docteur Gabriel LASRY

CHIRURGIEN VASCULAIRE

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la faculté de Paris

Membre de la Société de Pathologie Vasculaire

Membre de la Société Française de Phlébologie

M^c El Morsani Laeb

27.6.2024

$\frac{550,00 \times 2}{1100,00}$
①

collant de content classe 2



2 pan.



$\frac{201,00 \times 2}{402,00}$
②

Daflex 1000 c



1502,00 le le Date pendat 2 fois

PHARMACIE ALBAIDA

Dr. Samir OSMAN

496, Bd Maqdad Lahrizi - Hay Khalid
Ben M'sick - Casablanca / Tél: 0522 37 27 95

Dr LASRY BENITO - GABRIEL

ICE: 001816490000007

INPE: 091168583

Patente: 34715840

daflon® 1000

Comprimé pelliculé

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice par votre médecin.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet mentionné dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : VASCULOPROTECTEURS/MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LES CAPILLAIRES/BIOFLAVONOÏDES - code ATC : C05CA53

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins).

Ce médicament est préconisé dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

Si les troubles hémorroïdaires ne cèdent pas en 15 jours, il est indispensable de consulter votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Ne prenez jamais DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Daflon 1000 mg, comprimé pelliculé

Enfants

Sans objet

AUTRES MÉDICAMENTS ET DAFLON 1000 MG, comprimé pelliculé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez tout autre médicament.

DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ AVEC D

Sans objet

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous demandez conseil à votre médecin ou pharmacien

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter

Allaitement :

En l'absence de données sur le passage du médicament

- fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 100)
- peu fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 1 000)
- rare (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 10 000)
- très rare (affecte moins de 1 utilisateur sur 10 000)
- fréquence inconnue (les données disponibles ne permettent pas de conclure)
- Fréquent : diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement
- Peu fréquent : colite
- Rare : sensations vertigineuses, céphalées, malaise
- Fréquence inconnue : douleur abdominale, œdème
- **Déclaration des effets secondaires**

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à améliorer le médicament.

5. COMMENT CONSERVER DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage.

Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout ou avec les déchets ménagers.

Utilisez le médicament conformément à l'avis du pharmacien.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

CE QUE CONTIENT DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

• Les substances actives sont :

Fraction flavonoïque purifiée micronisée



20A,00

daflon® 1000

Comprimé pelliculé

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice par votre médecin.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet mentionné dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : VASCULOPROTECTEURS/MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LES CAPILLAIRES/BIOFLAVONOÏDES - code ATC : C05CA53

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins).

Ce médicament est préconisé dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

Si les troubles hémorroïdaires ne cèdent pas en 15 jours, il est indispensable de consulter votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Ne prenez jamais DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Daflon 1000 mg, comprimé pelliculé

Enfants

Sans objet

AUTRES MÉDICAMENTS ET DAFLON 1000 MG, comprimé pelliculé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez tout autre médicament.

DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ AVEC D

Sans objet

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous demandez conseil à votre médecin ou pharmacien

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter

Allaitement :

En l'absence de données sur le passage du médicament

- fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 100)
- peu fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 1 000)
- rare (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 10 000)
- très rare (affecte moins de 1 utilisateur sur 10 000)
- fréquence inconnue (les données disponibles ne permettent pas de conclure)
- Fréquent : diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement
- Peu fréquent : colite
- Rare : sensations vertigineuses, céphalées, malaise
- Fréquence inconnue : douleur abdominale, œdème
- exceptionnellement, œdème de Quincke.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

5. COMMENT CONSERVER DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage.

Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout ou avec les déchets ménagers.

Pharmacie d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

CE QUE CONTIENT DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

• Les substances actives sont :

Fraction flavonoïque purifiée micronisée.



20A,00

Casablanca le: 24.05.2022, في الدار البيضاء,

M^{me} EL MORGANI Osman Larbi.

- Vannes de MI.
- Oedème de MI précédant du côté Gx.

Doppler veineux de MI.

RADIOLOGIE
BOURGOGNE
INPE : 090000266

Dr. Nezha EL FIHRI
Médecine Interne
38 Angle Bd Bir Anzarane
et Rue Ibnou Souraije
Casablanca
Tél.: 05 22 99 33 35 / 06 64 60 23 43

**RADIOLOGIE
BOURGOGNE
INPE : 090000266**

Facture N° 12755/2022

Casablanca, le 27/06/2022

Nom patient : EL MORJANI LAILA

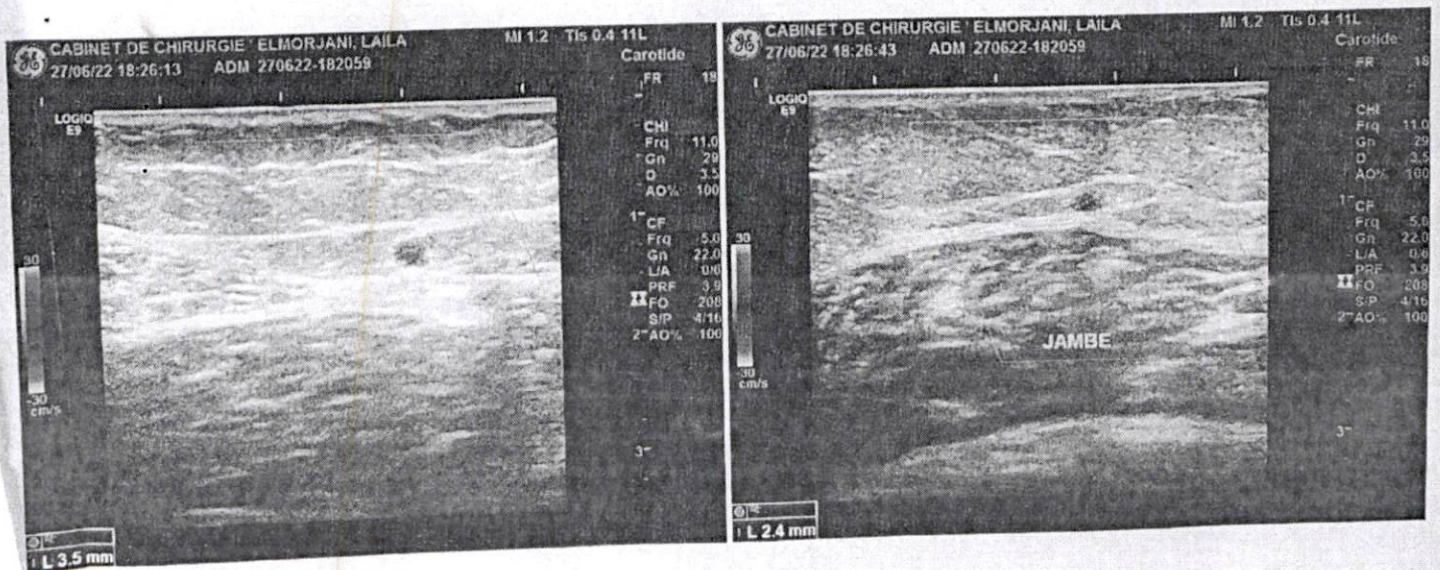
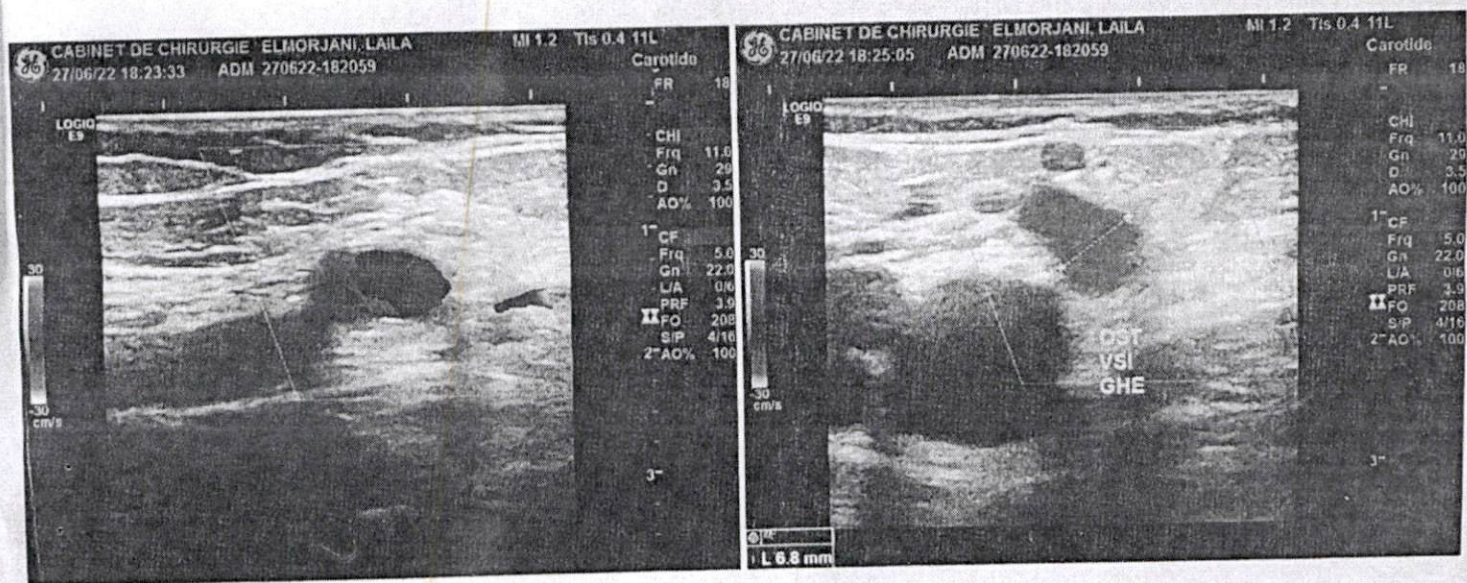
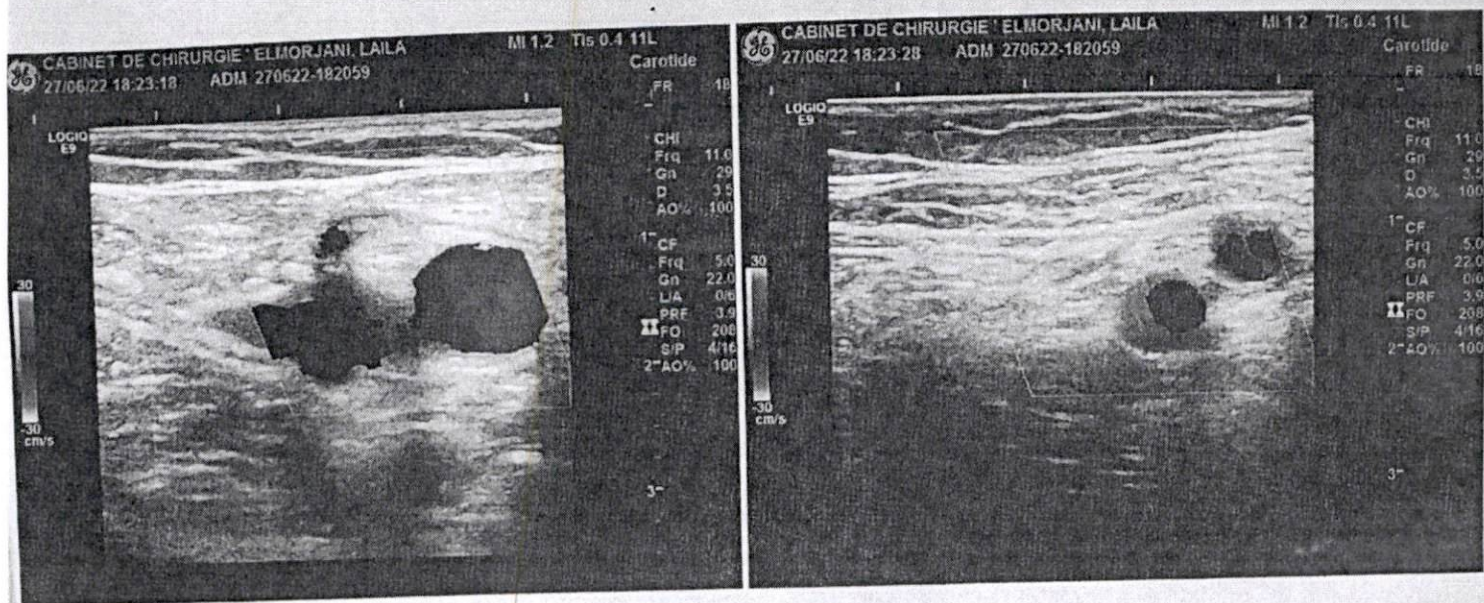
*Examen(s) réalisé(s) : ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES
INFERIEURS:*

Montant : mille (1000 DH)

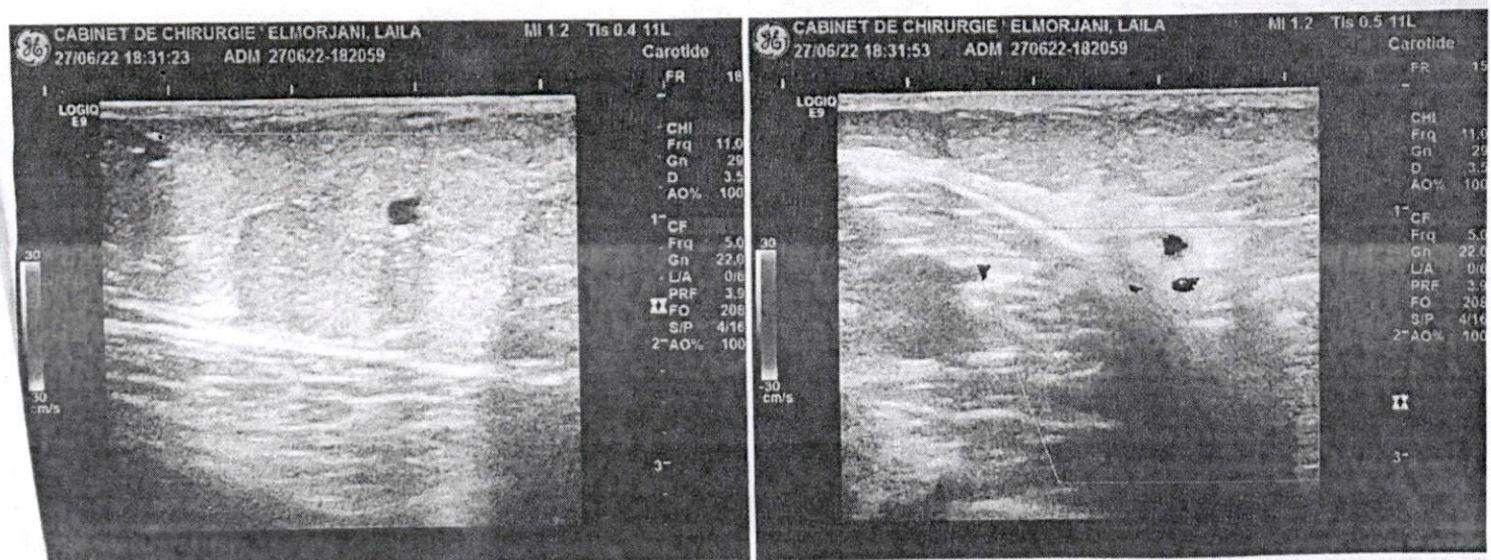
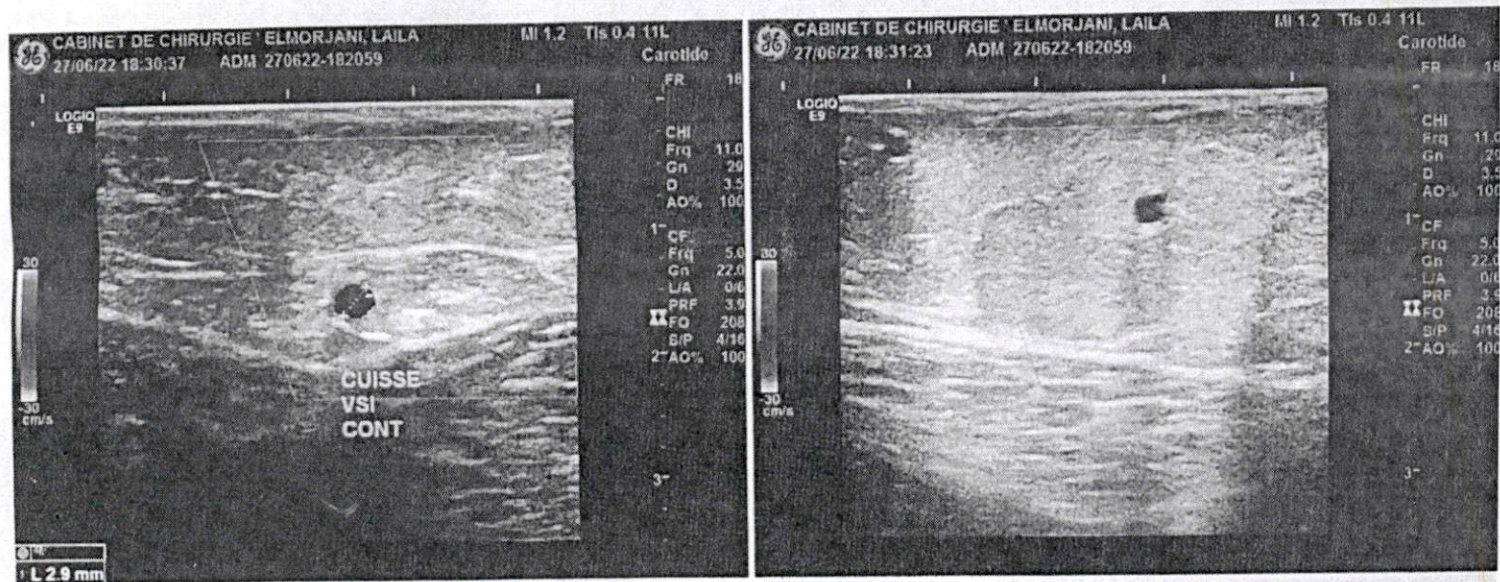
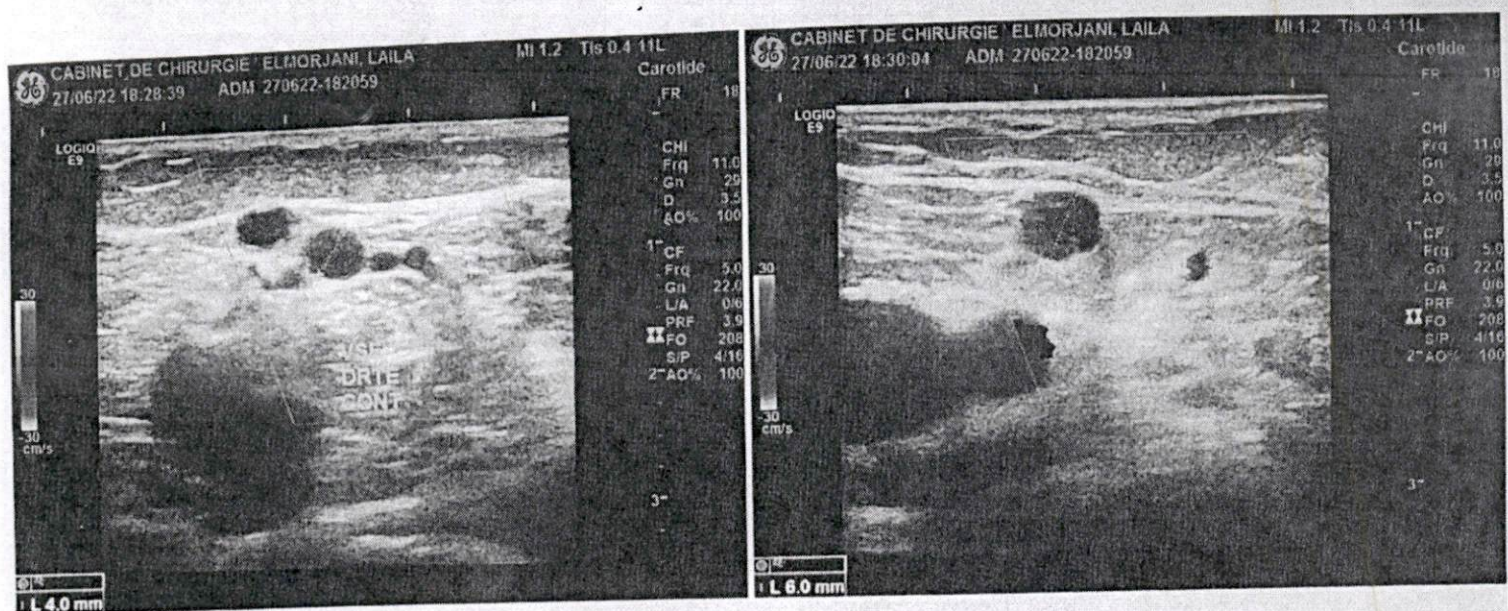
**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE : 1000 DH**

**RADIOLOGIE
BOURGOGNE
INPE : 090000266**

CABINET DE CHIRURGIE VASCULAIRE



CABINET DE CHIRURGIE VASCULAIRE .



**RADIOLOGIE
BOURGOGNE
INPE : 090000266**

Casablanca , le 27/06/2022

COMPTE RENDU DE : EL MORJANI LAILA

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose , réseaux veineux profond continent .
- Jonction saphéno-fémorale de la grande veine saphène est continent et mesure 5,9mm.
- Tronc de la grande veine saphène et en position intra facial est continent mesure 3,4mm
- Le tronc de la grande veine saphène jambière est continent et mesure 3,6mm.
- La petite veine saphène est continente, elle mesure 4,8mm.

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose , réseaux veineux profond continent .
- Jonction saphéno-fémorale de la grande veine saphène est continente et mesure 6,8mm.
- Tronc de la grande veine saphène et en position intra facial est continent mesure 3,5mm.
- Le tronc de la grande veine saphène jambière est continent et mesure 2,4mm.
- La petite veine saphène est continente, elle mesure 4,2mm.

ÀU TOTAL

Aspect continent des grandes veines saphènes droite et gauche.

Aspect continent également des petites veines saphènes droite et gauche.

A intégrer dans le contexte clinique.

**RADIOLOGIE
BOURGOGNE
INPE : 090000266**