

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000062

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7941 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

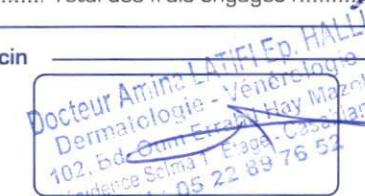
Nom & Prénom : LACHHEIF SM Date de naissance : 25/06/1961

Adresse : 25 Rue Tawaneou Li API 200 Casablanca

Tél. : 06.61.593659 Total des frais engagés : 1636,9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2019

Nom et prénom du malade : ASMANE ICHAD Age : 59

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 : 30/09/19

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 45, Bd de Bourgogne 213582 Tél: 03 80 10 0988 N°PE 092004639	19-09 2019	536,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	25.03.15	280	800,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

## DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

### Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلى

## اختصاصية في الأمراض الجلدية والتالسيمية

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- العلاج بالليزر
- التجميل
- أمراض الحساسية

## Casablanca le :

619-02-8

الدراستياء في :

Asnæse kæsijø.



- Segmente pocket 1g

168,20 Asceched salt 1008,

- Express speed 566 mph

196,50 1921,



- Boston  capacity

122.70 (c. 201)



Linton 1000 gel

log 201 per square of 2+

C

536.90

Docteur Animal LATOUR En HALLI  
Dermatologie  
102, Ed. Odile Etat 1000-10200  
Résidence Select 1 France - Cassino  
Télé: 05 23 50 75 52


  
 \* VIGNETTE
   
**Lioton® 1000 gel**
  
 tube de 50g
   
 O
   
 PPV 49DH50

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola, Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

# daflon® 500 mg

comprimé pelliculé

sée

ce médicament.  
Demandez plus



rez vous

182,70

Si vos symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.  
• Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Fraction flavonoïque purifiée, micronisée : 500 mg pour un comprimé  
Quantité correspondant à :

- Diosmine : 450 mg.
- Flavonoïdes exprimés en hespéridine : 50 mg.

Excipients : Carboxyméthylamidon sodique, cellulose microstaline, gélantine, stéarate de magnésium, talc, glycérol, hypromellose, macrogol 6000, laurylsulfate de sodium, oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer rouge (E172), dioxyde de titane (E171), q.s. pour un comprimé pelliculé de 660 mg.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium).  
Boîte de 30.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Médicament agissant sur les capillaires.

C système cardiovasculaire

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

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

Il est préconisé dans le traitement des troubles de la circulation veineuse (jambes lourdes, douleurs, impatiences du pied-débâtement) et dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :

Crise hémorroïdaire

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

Troubles de la circulation veineuse

Ce traitement a toute son efficacité lorsqu'il est associé à une bonne hygiène de vie.

- Evitez l'exposition au soleil, la chaleur, la station debout prolongée, l'excès de poids.
- La marche à pied et éventuellement le port de bas adaptés favorisant la circulation sanguine.

## INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

Grossesse :

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant votre traitement, ou si vous êtes enceinte et envisagez de prendre ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

Allaitements :

En l'absence de données sur le passage du médicament dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée de traitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## POSÉOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DURÉE DU TRAITEMENT

### Posologie :

Insuffisance veineuse : 2 comprimés par jour : soit 1 comprimé à midi et 1 comprimé le soir, au moment du repas.

Dans la crise hémorroïdaire : la posologie est de 6 comprimés par jour pendant 4 jours, puis 4 comprimés par jour pendant les 3 jours suivants au moment des repas.

Si vous avez pris plus de DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé que vous n'avez pas :  
Un surdosage risque de causer une aggravation des effets indésirables.

Si vous avez pris plus de DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé qu'il ne fallait, veuillez contacter votre médecin ou votre pharmacien.

## EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

La fréquence des effets indésirables possibles listés ci-dessous est définie en utilisant le système suivant :

- très fréquent (affecte plus de 1 utilisateur sur 10)
- 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 d'estimer la fréquence)

Ils peuvent inclure :

- Fréquent : diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement.
- Peu fréquent : colite.
- Rare : sensations vertigineuses, céphalées, malaise, rash, prurit, urticaire.
- Fréquence inconnue : douleur abdominale, œdème isolé du visage, des paupières, des lèvres. 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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONDITIONS DE CONSERVATION

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de conditions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égoût ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

## CONSEILS EDUCATION SANITAIRE :

### Troubles de la circulation

- Evitez de rester assis ou debout trop longtemps, surélevez légèrement les pieds de votre lit.
- Evitez l'exposition au soleil et à la chaleur.
- Veuillez à avoir une alimentation saine et équilibrée et à pratiquer une activité physique régulière (marche à pied, vélo ...), évitez l'excès de poids.
- Evitez les vêtements trop serrés, le port de chaussettes ou de bas de contention ainsi que doucher ses jambes avec de l'eau froide favorisent la circulation sanguine.

### Hémorroïdes

- Buvez 1,5 à 2L d'eau par jour, consommez des aliments à forte teneur en fibres afin d'éviter la constipation (fruits, légumes verts, céréales complètes), évitez les graisses, le café, l'alcool et les aliments épicés.
- Faites de l'exercice régulièrement pour stimuler le flux sanguin, évitez de porter des objets trop lourds.

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est :

juillet 2016



SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Bd Abdelhadi BOUTALEB  
20180 Casablanca

PPV : 168,20 DH  
LOT : 614284  
PER : 10/20

- القرء
- الاصناف
- الآخر المجه
- يمكن أن تظهر
- مفعه جاه
- مفعه جاه
- عمر الهمم
- تواره
- صداع الرأس.

الأثر الجلدية قليلة الشدة التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم:

- ارتفاع معدل بعض المواد (الأنزيمات) التي ينتجها الكبد.

#### الأثر الجلدية التفريغ

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 1000:

- مفعه جاهي، يمكن أن تكون منه تهدبات تشبه بقعا صفراء (نقط سوداء موجها).

وحوالها لفحة دائمة، حساسية مديدة للأثاث.

← إذا ظهرت عليك هذه الأعراض، فاتصل بطبيبك على وجه الاستعمال.

#### الأثر الجلدية التفريغ التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم:

- ارتفاع عدد الخلايا التي تسامم في تحليل الدم (الصفائحات).

- ارتفاع عدد الكريات البيضاء.

#### أثر جلدية أخرى

يمكن أن تظهر أثر جلدية آخرى لدى عدد ضئيل من الأشخاص إلا أن ترددتها

- ردود فعل تحسسية (انظر أعلاه).

• التهاب الأمعاء الغليظة (انظر أعلاه).

• التهاب القهوة الخامى الذي يحيط بالثماح (التهاب السحايا العقير).

• رجود الفعل الجلدية الحادة.

• مفعه منتشر يصاحبه تهدبات وتوتر الجلد، لاسما حول الفم والألف والمع

(انتشار سีقان جونسون)، وشكل من المفعه أكثر حدة ينبع في الفصل العلوي.

• مفعه جاهي أحمر ينبع تحسسيا تهدبات صغيرة تحتوى على فع (التهاب

السطح الجاهي: متلازمة نيل).

• مفعه جاهي أحمر ينبع تحسسيا تهدبات صغيرة تحتوى على فع (التهاب

البشرة في المنطقة اليعسوب من العين).

• انتهاب الكلير.

• انتهاب مدة تحليل الدم.

• فرط الشفط.

• تتشنج (لدى الأشخاص الذين يتلذذون بجرعات مرتفعة من أو غستن)، أو مادة ينبعها

• اللسان الأسود (انصرار اللسان).

• ثور الأذن (لدى الأطفال)، ويختفي عموما عند فرش الأذن.

الأثر الجلدية التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم أو البول:

• ارتفاع مهم في عدد الكريات البيضاء.

• ارتفاع عدد الكريات الحمراء (فقر الدم الانحلالي).

• بدورات في البول.

#### إذا ظهرت عليك أثر جلدية

← إذا أصبح أحد الأثارات الجلدية هادأ أو مزعجا، أو إذا ظهر عليك أثر جانبي

قد تحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.

#### التصرير بالأثر الجلدية

إذا لاحست أي أثر جانبي، قرحت في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي. وينطبق هنا

غير مذكر في هذه النشرة التوائية.

#### 5. كيف يمكن حفظ أو حفظن؟

يحفظ بعيدا عن مرايا و متناول الأطفال.

#### تاریخ تهاب الصلاحيه

لا ينبعي استخدام أو غستن بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العلبة.

#### شروط حفظ

يحفظ بعيدا عن الرطوبة وفي حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

#### تحذيرات خاصة

لا ينبعي رمي الأدوية في شبكة المجاري أو مع القنوات المنزلية استر الصيدلي

غير المستخدمة. فهذه تأثيرات في حماية البيئة.

#### 6. معلومات إضافية

ما الذي ينبعي عليه أو غستن 1 غ/125 مل للكبار، مسحوق معلق قابل للشر

**AUGMENTIN** 1 g/125 mg ADULTES, poudre po  
buvable en sachet-dose

**AUGMENTIN** 500 mg/62,5 mg ADULTES, comp  
Amoxicilline/Acide clavulanique

#### Dénomination du médicament

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avan**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été donné) à quelqu'un d'autre, même en cas de sympto lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous pré mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou vo

#### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTI
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE P

#### 3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

#### 5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?

#### 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

#### 1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTI

#### Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) em

#### Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux g traitement par ce même médicament administré par voie inject situations où les espèces bactériennes responsables de l'infect résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D

#### Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension b Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé :

#### Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (dans la rubrique 6).

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement des tissus.

- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictere lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

#### Faites attention avec AUGMENTIN :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN :

- souffrez de mononucléose infectieuse,

- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,

- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactéries responsables de l'infection.

Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent du médicament.

#### Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer notamment des réactions allergiques, des convulsions et une réaction de type Stevens Johnson syndrome. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière ».

#### Tests sanguins et urinaires

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges, bilans hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devrez informer l'infirmière (ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut modifier les résultats de ces types de tests.

#### Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament



# Docteur Amina LATIFI EP HALLI

## DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



## الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتاليسية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ الأمراض التناسلية ■ التجميل

■ جراحة الجلد والأظافر ■ العلاج بالليزر

Casablanca le : 2 19-09-19 الدار البيضاء في :

Asnana khadija

- orden vomigues deuvers

→ echo doppler veinees de 7T

Docteur Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologue Venerologue  
Dermatologue à l'Hôpital Aïn Chock  
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola - Casablanca  
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52

Dr. Amina LATIFI EP HALLI  
Dermatologue Venerologue  
Dermatologue à l'Hôpital Aïn Chock  
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola - Casablanca  
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 76 52  
Fax: 05 22 93 37 13  
Route: 05 22 90 07 07  
Sidi Abderrahman  
HASSANI Aïn Chock  
Casablanca

Casablanca, le ..... 19/09/2019 .....

IF : 2221555

**Facture N° 3295/09/2019**

**Nom patient : ASNAME KHADIJA**

**Examen(s) réalisé(s) : ECHO DOPPLER VEINEUX M.I**

**Date Examen(s) : 19/09/2019**

**Montant : 800 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
HUIT CENTS DIRHAMS**

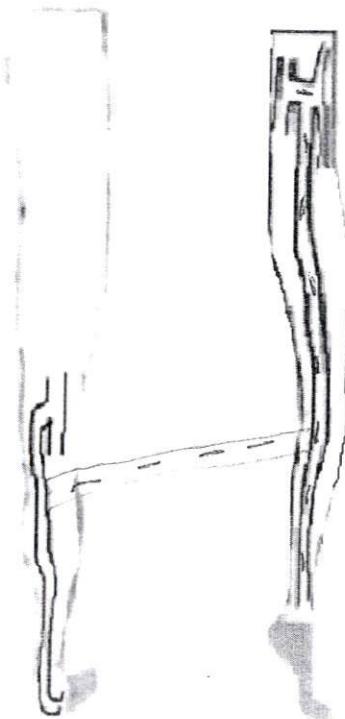
10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

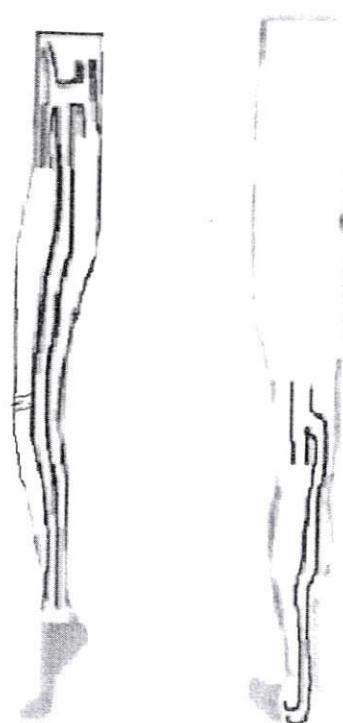
Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

NOM ET PRENOM: ARNAUD CHARTA  
DATE : 19.08.2018

A DROITE



A GAUCHE





*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr. N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

19/09/2019

PATIENT : Mme. ASNAME KHADIJA

MEDECIN TRAITANT : DR LATIFI

EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHO DOPPLER VEINEUX M.I

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### ECHO. DOPPLER VEINEUX DES M.I

- ✓ Perméabilité du réseau veineux profond, de manière bilatérale.
- ✓ Réseau veineux superficiel droit et gauche

#### ■ A droite

La veine grande saphène est dilatée, mesurant 2,3cm de diamètre au niveau de son 1/3 supérieur. Elle est le siège d'une incontinence ostiale et tronculaire, avec reflux veineux ample et prolongé. Elle alimente les cordons variqueux de la face interne du mollet, avec épaississement hyperéchogène des parties molles en regard, traversé par endroits par des bandes anéchogènes en rapport avec une péri veinite associée.

Incontinence associée du réseau veineux inter saphénien  
Absence de perforante incontinente notable.

La veine petite saphène est continent et perméable, se prolonge le long de la face postérieure du mollet, par une veine de Jiacomini, perméable et continent.

#### ■ A gauche

Perméabilité ostiale et tronculaire de la veine grande saphène. Elle présente en regard du genou une petite branche discrètement incontinente.

La veine petite saphène est de taille normale, continent, se continuant le long de la face postérieure de la cuisse par une veine de Jiacomini.

Présence au niveau de la face postéro externe du mollet une discrète varicosité superficielle sans perforante incontinente en regard associée.

### AU TOTAL

#### ■ A droite

Incontinence ostiale et tronculaire de la veine grande saphène, avec péri veinite des cordons variqueux du mollet, avec incontinence associée du réseau veineux inter saphénien.

#### ■ A gauche

Discrète incontinence d'une branche de la veine grande saphène à hauteur du genou.

Discrètes varicosités superficielles de la face postéro externe du mollet.

Confraternellement

DR O. ALAMI

# Rapport image ultrason.

Page 1 of 2

## Patient

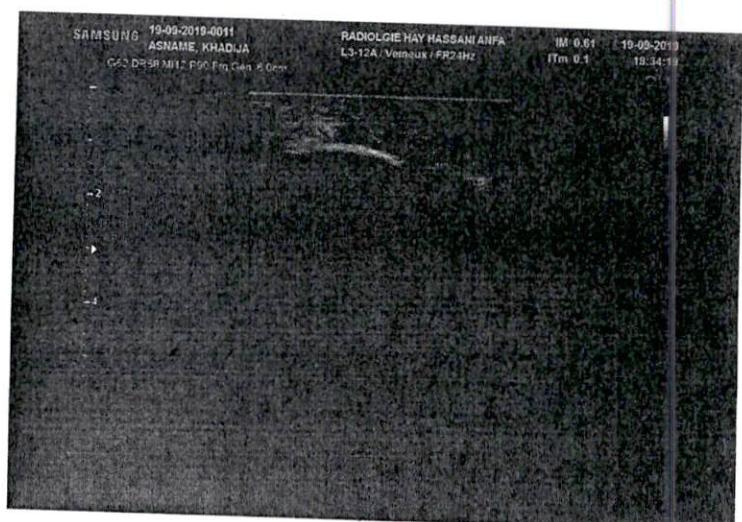
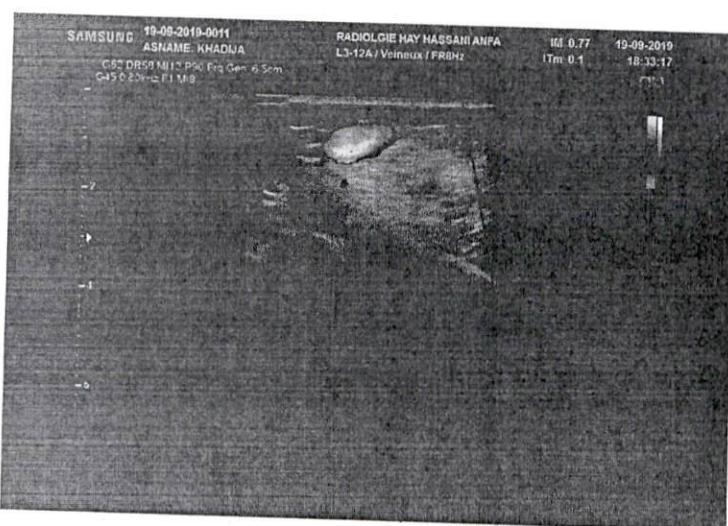
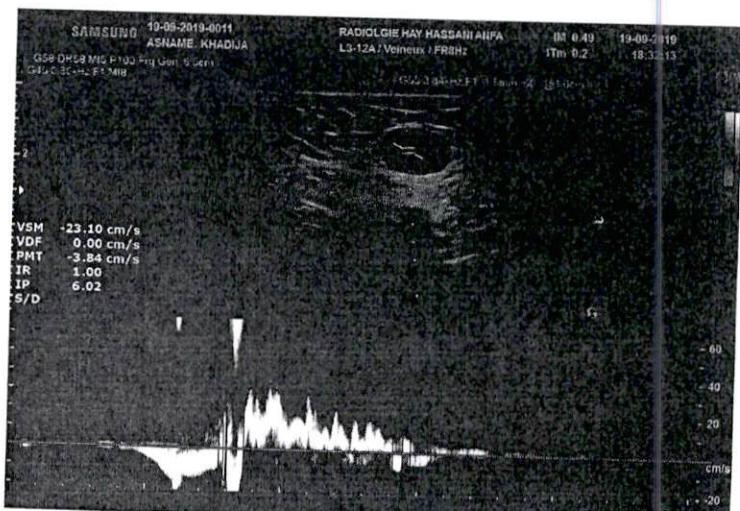
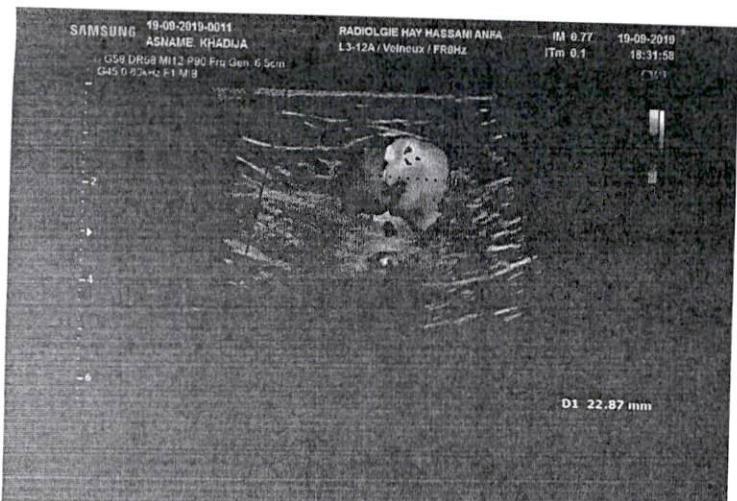
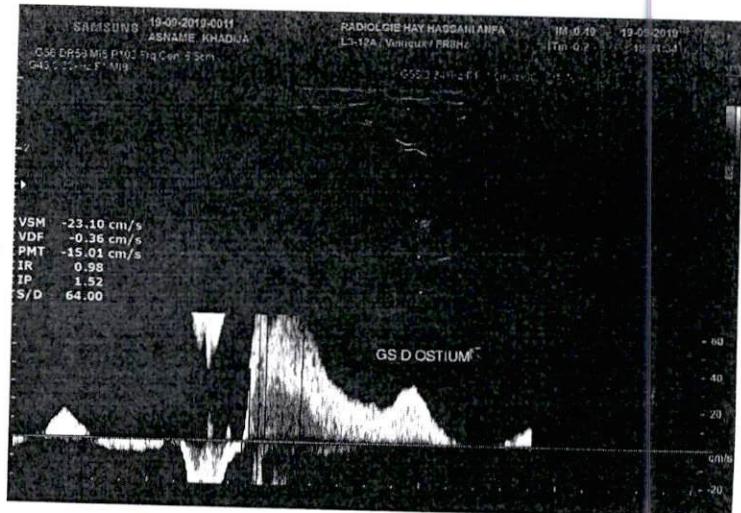
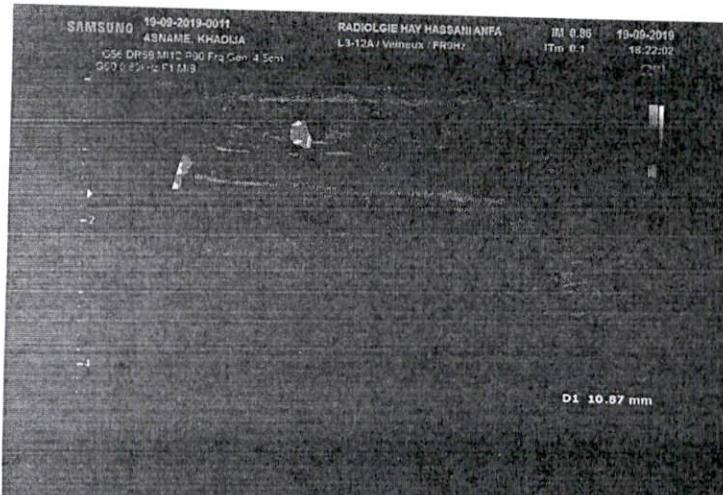
N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

19-09-2019-0011  
ASNAME, KHADIJA

## Examen

N° d'accès  
Date  
Description  
Echographiste

19092019



# Rapport image ultrason.

Page 2 of 2

## Patient

N° 19-09-2019-0011  
Nom ASNAME, KHADIJA  
D. naissance 19092019  
Sexe

## Examen

N° d'accès  
Date 19092019  
Description  
Echographiste

