

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

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

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

Adresses Mails utiles

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0000062

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7941 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAICHEIF Smo Date de naissance : 25/06/1961
Adresse : 25 Rue TAMANKEOU 5 AP 20 CASABLANCA
Tél. : 0661593659 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 : ASMAE KHAOJA Age :
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) :

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
19-09-19	2		300,00	<p>Docteur Amina LATIFI</p> <p>Dr. M. Olegio - Venerio</p> <p>102, L. Oum Elouadi Ha - Casablanca</p> <p>Residence Selma 1 - El - Casablanca</p> <p>Tel.: 05 22 85 76 52</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie LAHABILI</p> <p>45, Bd de Bourgogne</p> <p>Tel: 0522273582</p> <p>1P: 35601098 - ICE: 001654187000019</p> <p>INPE: 092004639</p>	19-09-19	536,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>RADIOLOGIE HAY HASSANI</p> <p>Innervable</p> <p>05 22 90 10 10/05 22 90 07 13</p> <p>Fax: 05 22 93 37 13</p>	19-09-19	280	800,00

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

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

Casablanca le : 19-02-2020 : الدار البيضاء في :

Asnane khadija



- Augmentin poche 1g

168,20 Asnane 3x1 1008,

- Spree cpa 500mg



496,50 1008,



- carbon cpa 500mg

122,70 1008,



- Lioton 1000 gel

1008 2x1 1008 8000 02
43,50

536,90

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 27 35 82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639



* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102, Bd. Oum Elrabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er Étage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

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

102, شارع أم الربيع حي مارولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول : 06 60 74 36 36

daflon® 500mg

182,70

sée

ce médicament.
mandez plus

ressez vous

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.
- Flavonoides exprimés en hespéridine : 50 mg.
- Excipients : Carboxyméthylamidon sodique, cellulose microstalline, gélatine, 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 PRESENTATION

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

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Médicament agissant sur les capillaires.

C système cardiovasculaire

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (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 primo-décubitus) 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 SPECIALES ET PRECAUTIONS 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.

- Éviter 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 MEDICAMENTEUSES 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.

Allaitement :

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.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE 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'auriez dû :

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 INDESIRABLES

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'égout 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

- Évitez de rester assis ou debout trop longtemps, surélevez légèrement les pieds de votre lit.

- Évitez l'exposition au soleil et à la chaleur.

- Veillez à avoir une alimentation saine et équilibrée et à pratiquer une activité physique régulière (marche à pied, vélo ...), évitez l'excès de poids.

- Évitez 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

- القيء
- الإسهال
- الآثار الجانبية الشائعة
- يمكن أن تظهر
- طفح جلد
- طفح جلد
- عسر الهضم
- تورم
- صداع الرأس

الآثار الجانبية قليلة الشبوع التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم:

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

الآثار الجانبية الشائعة

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

- طفح جلدي، يمكن أن تتكون منه تجمعات تشبه بقعا صغيرة (نقطة سوداء) وحولها حلقة داكنة، حملي عنبية (الأشكال).
- ← إذا ظهرت عليك هذه الأعراض، فلتصل بطبيبك على وجه الاستعجال.

الآثار الجانبية الشائعة التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم:

- انخفاض عدد الخلايا التي تساهم في تخثر الدم (الصفيحات)،
- انخفاض عدد الكريات البيضاء.

آثار جانبية أخرى

يمكن أن تظهر آثار جانبية أخرى لدى عدد ضئيل من الأشخاص إلا أن ترددها:

- رتود فعل تحسسية (انظر أعلاه).
- التهاب الأمعاء الغليظة (انظر أعلاه).
- التهاب الغشاء الحاملي الذي يحيط بالدماع (التهاب السحايا النعيم).
- رتود الفعل الجانبية الحادة:

- طفح منتشر يسهلحه تجمعات وتؤسف الجلد، لاسيما حول القدم والأف والم (تتأثر سنغفوس جوسون)، وشكل من الطفح أكثر حدة ينسب في انفصال السطح الجلدي: متلازمة ليل).
- طفح جلدي أحمر منتشر تصاحبه تجمعات صغيرة تحتوي على قيح (التهاب).
- طفح حشفي أحمر نصاحبه كحل تحت الجلد وتجمعات (بثر نمشي).
- ← إذا ظهر عليك هذه الأعراض، فلتصل بطبيبك على الفور.

- التهاب الكبد،
- اليرقان، الذي ينتج عن ارتفاع معدل البيليروبين في الدم (وهي مادة ينتجها الكبد، وفي المنطقة البيضاء من العين).
- التهاب الكلى
- اضطلة مدة نضج الدم
- فرط النشاط

تتسبب (لدى الأشخاص الذين يتناولون جرعات مرتفعة من أوجمنتان أو ي:

- اللسان الأسود (اشترار اللسان)؛
- ثون الأسنان (لدى الأطفال)، ويختفي عموما عند فرش الأسنان.

الآثار الجانبية التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم أو البول:

- انخفاض مهم في عدد الكريات البيضاء؛
- انخفاض عدد الكريات الحمراء (فقر الدم الانحلالي)؛
- بلورات في البول.

إذا ظهرت عليك آثار جانبية:

← إذا أصبح أحد الآثار الجانبية حادا أو مزعجا، أو إذا ظهر عليك أثر جانبي، فحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.

التصريح بالآثار الجانبية

إذا أحسست بأي أثر جانبي، فحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي. وينطبق هذا غير منكور في هذه النشرة الدوائية.

5. كيف يمكن حفظ أوجمنتان؟

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا ينبغي استخدام أوجمنتان بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العبوة.

شروط الحفظ

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

تحذيرات خاصة

لا ينبغي رمي الأدوية في شبكة المجاري أو مع الغالبات المنزلية. استشر الصيدلي غير المستخدمة، فقد تساعد هذه النشائر في حماية البيئة.

6. معلومات إضافية

ما الذي يحتوي عليه أوجمنتان 1 غ/125 ملغ للكبار، مسحوق لمطعم قبل 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

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant

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

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER AUGMENTIN ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables de nombreuses infections. Il est composé de deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique, qui agissent ensemble pour combattre les bactéries. AUGMENTIN appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent être inactifs. L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche les bactéries de résister à l'action de l'amoxicilline.

Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux bactéries. Il est administré par voie orale (à l'aide d'un verre d'eau) ou par voie intraveineuse (à l'aide d'une aiguille). Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la fin du traitement prescrit par votre médecin, même si vous vous sentez mieux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER AUGMENTIN ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains médicaments, ne prenez pas AUGMENTIN.

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 (voir rubrique 6).
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement de la gorge.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau et des yeux) 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 avant de prendre AUGMENTIN.

Faites attention avec AUGMENTIN :

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

- 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 avant de prendre AUGMENTIN.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de celui recommandé.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer des réactions allergiques, des convulsions et une anémie. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains effets indésirables. Réactions nécessitant une attention particulière :

Tests sanguins et urinaires

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

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament,

N200814-01



Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

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



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

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

Casablanca le : 26-09-19 : الدار البيضاء في :

Asnane Khassya

- corden variqueuses delevées

→ echo doppler veines de DT

Docteur Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE
Hassani ANFI
Route n° 102
Tél.: 05 22 89 76 52
Fax : 05 22 93 37 13

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**

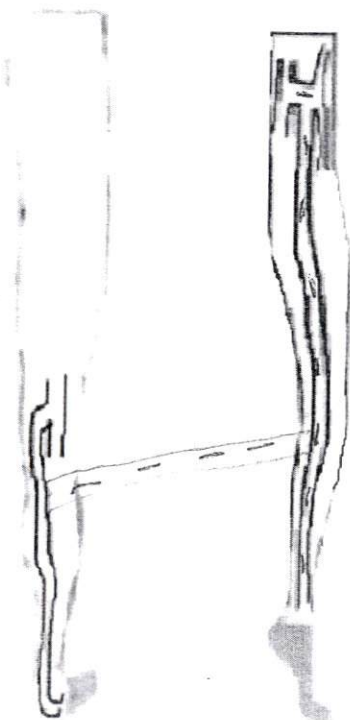
10, Imm. Communal. Angle route d'Azzammour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

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

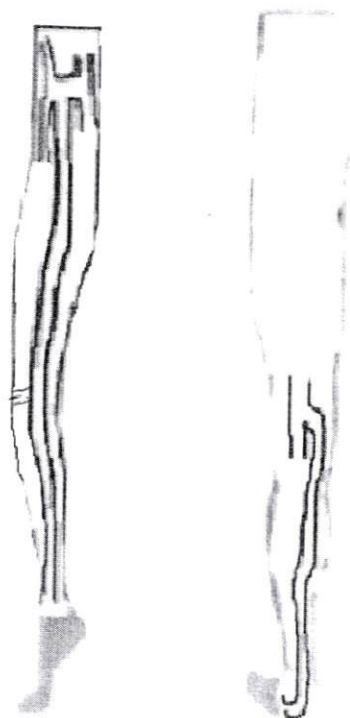
Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

NOM ET PRENOM: ASMADE KHABTA
DATE : 18.08.2023

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 épaissement 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 continente et perméable, se prolonge le long de la face postérieure du mollet, par une veine de Jiacomini, perméable et continente.

▪ 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, continente, 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

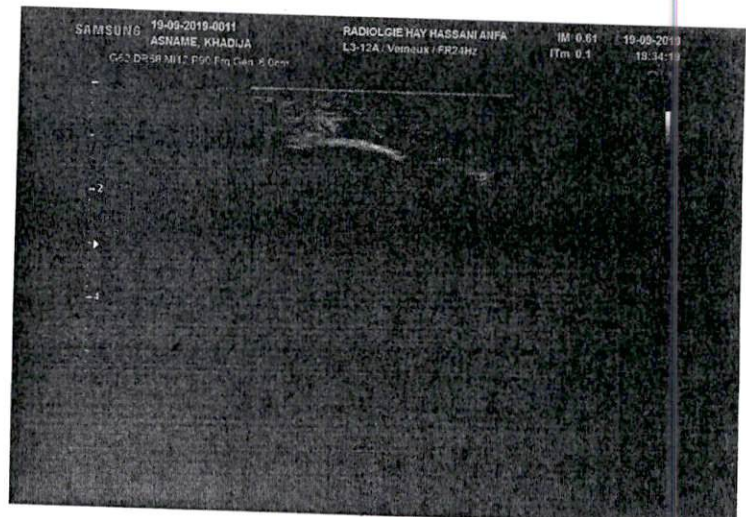
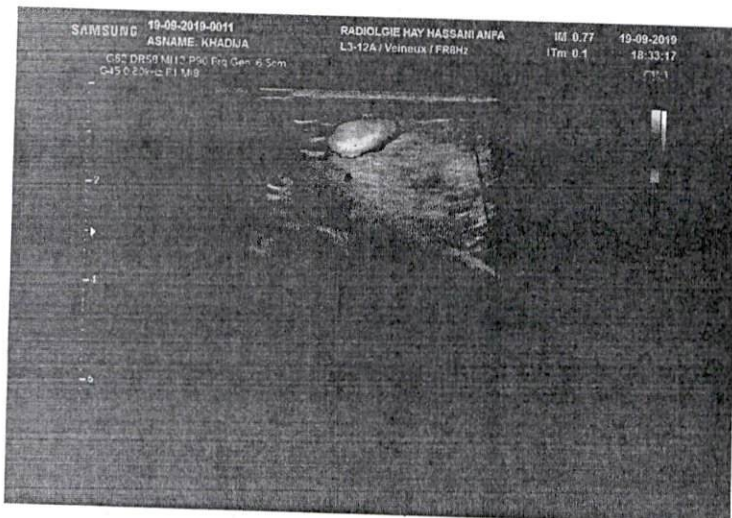
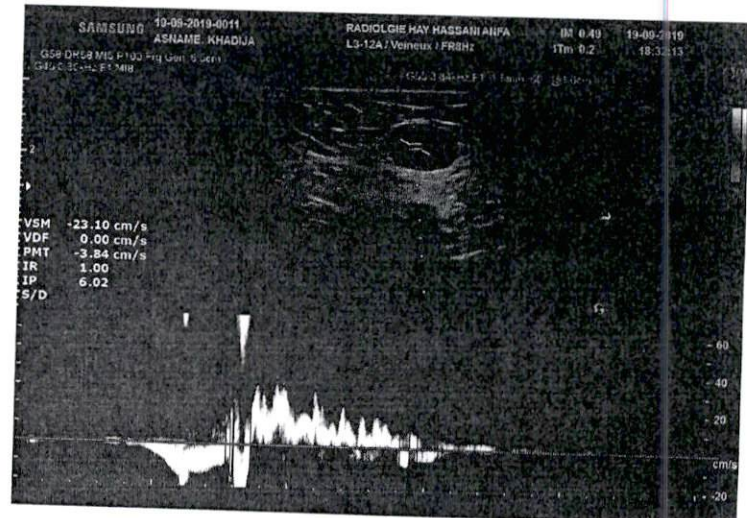
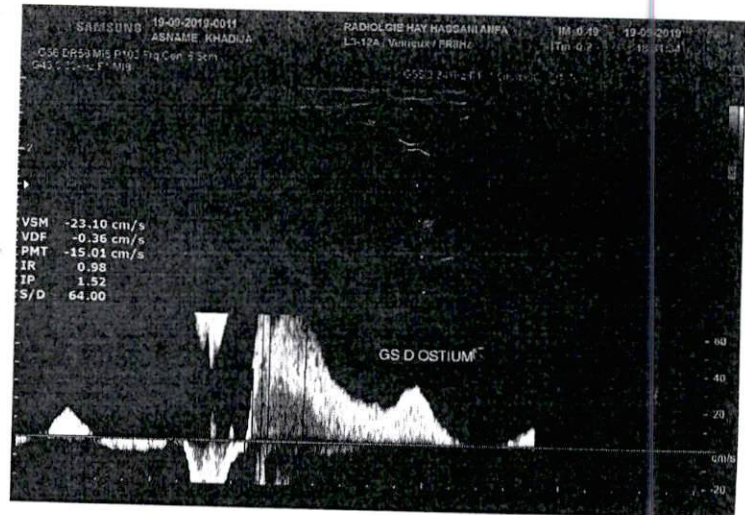
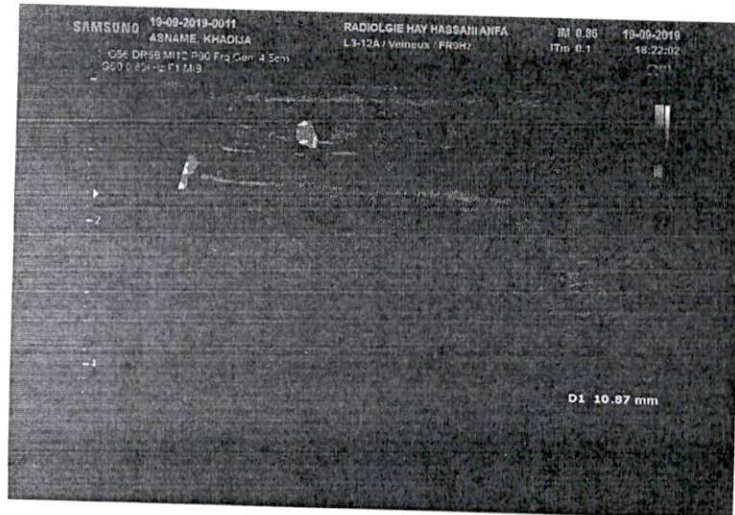
N°
Nom
D. naissance
Sexe

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
 Sexe

Examen

N° d'accès
 Date 19092019
 Description
 Echographiste

