

Dr. HOSSENBUCUS Faizal

MEDECINE GENERALE

133, Avenue Mahatma Gandhi

Quartier Français

97441 Sainte Suzanne

Tel / Fax: 0262461820

No. 971430319

RPPS 10002331345

Diplome de la Faculté de Bordeaux

Capacité de Medecine d'Urgences

Consultations:

Lundi au Vendredi

8h30 - 12h

15h - 18h

Mercredi 8h30 - 12h

Sainte Suzanne le

12 Aout 2024

Certificat médical

Je soussigné, Dr HOSSENBUCUS, certifie après consultation du dossier que l'état de santé de M^{me} CALOU née Marie, Mariée Anick nécessite des soins urgents à la Réunion.

Fait à St Suzanne

Dr HOSSENBUCUS M.F

133, Av. M. Gandhi

97441 Sainte-Suzanne

Tél : 0262 46 18 20

N° 971430319

En cas d'urgence, téléphonez au Centre 15

Membre d'une A.G.A. règlement par cheque accepté.

le 12/08/2024

Docteur HOSENBOCUS Faizal

Médecine Générale

971430319

Diplomé de la faculté de Bordeaux, France

133 Avenue Mahatma Gandhi

97441 Sainte Suzanne

Capacité de Médecine d'Urgences

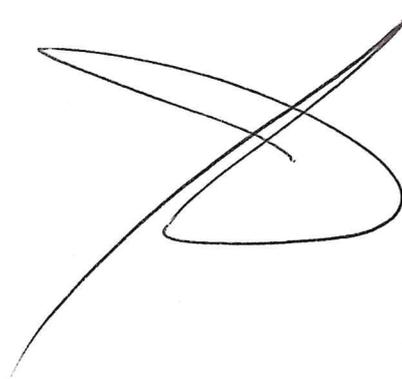
Le mercredi 4 septembre 2024

Mon cher Ami,

Je vous adresse Madame Marjorie Anick CALOU, mauricienne, pour prise en charge d'une volumineuse lésion hétérogène abdomino-pelvienne. Cf IRM. Cette patiente a été opérée le 23/08/2022 d'une hystérectomie dont je ne dispose pas de compte rendu. Le CA 125 effectué à Maurice, est élevé à 253 (N35).

Je vous prie de croire, mon cher Ami, à mes sentiments les meilleurs.

Dr. HOSENBOCUS Faizal



Allée des Topazes 97400 Saint Denis - 0262 90 50 50

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ADULTE

Secrétariat: 0262 90 57 32 - Fax : 0262 90 57 49

Chef de Service : **Docteur Fabien VANIET**

COMPTE-RENDU DE PASSAGE AUX URGENCES

Edition du 27/08/2024 à 20:46

Date : **27/08/2024** IPP : 034881156 Séj : 379671748
Heure : **12:12** **CALOU** Né (e) : CALOU
MARJORIE ANICK Naiss : 10/02/1971 Sexe : F
MARE LACHAUX RUE LAFONTAINE Age : 53a
(99999) MAURICE Tel. : 06-92-57-57-37

Sortie : 27/08/2024 à 20:46

Mode d'arrivée : URQUAL-Domicile -

Médecin(s) traitant(s) :

MOTIF DE CONSULTATION

Accueil - IOA : 27/08/2024 12:19 par MUSI Audrey Florence

Motif IOA : Masse ou distension abdominale -

vit à maurice , a un masse abdominale apparue il y 3 mois environ , amené ce jour par son frère qui vit à la Réunion

examen fait à maurice mais le frère n'a pas ramené car n'a pas confiance sur les examens réalisés

ANTECEDENTS ET ALLERGIES

Antécédents : - Aucun antécédent notable

Allergies : Aucune allergie connue

Traitements en cours : Vérifié le : 27/08/2024 12:51

0

CONSTANTES D'ENTREE ET EXAMEN A L'ARRIVEE

TA droite : 147/95 mmHg, TA gauche : 152/92 mmHg, Pouls : 133 bts/min, T° : 36.3 °C, SaO2 : 96 %, Hemoglucotest : 5.72 mmol/l, ventilation spontanée air ambient, Conscience : Normale, Algie : NON,

Conscience à l'arrivée : Normale

Algie : Non

Priorité : Consultation d'urgence - Orientation : \>

HISTOIRE DE LA MALADIE

Patiente consultant au SAU pour l'apparition d'une masse abdominale depuis environ 3 mois. La patiente, originaire de Maurice, a été bilantée avec biologies et radiographies mais sans résultats communiqués a priori. Pas de projet thérapeutique d'après elle formulé et pas de diagnostic évoqué. Elle vient à La Réunion chez son frère pour faire explorer ce syndrome de masse. A l'anamnèse, on retrouve une AEG avec asthénie intense majorée depuis plusieurs semaines et une anorexie avec une perte de poids estimée à 20 kgs. Pas de douleurs évoquées. Une gêne majeure dans les actes de la vie quotidienne est notée. Pas de SFU. Pas de troubles du transit ni hémorragie digestive ou des voies urinaires. Pas de fièvre ou frissons.

EXAMEN CLINIQUE SAU

- Patient pris charge par : DANIEL Matthieu - DELANOY Marion à : 27/08/2024 12:33

EXAMEN CLINIQUE du 27/08/2024 12:50 par DANIEL Matthieu

Fréquence cardiaque, tension artérielle, SpO2 et températures normales

Pas de signe de détresse respiratoire ou circulatoire ; pas de signe de choc

qSOFA = 0

Pas de signes d'hypoperfusion périphérique ou DRA

Conscient, orienté, Glasgow :15
Pas d'anomalie des paires crâniennes ; pupilles réactives et symétriques
Pas de syndrome cérébelleux ni de syndrome vestibulaire
Pas de déficit sensitivomoteur, ROT présents et symétriques
Pas de syndrome méningé
Pas de trace de plaie du scalp ni de stigmata de traumatisme crânien

Bruits du cœur réguliers sans souffle perçu, pas de signes d'insuffisance cardiaque, mollets souples et indolores.

Murmure vésiculaire asymétrique avec une abolition quasi complète en champ gauche, sans bruits surajoutés ; pas de signe de lutte. Dyspnée NYHA IV au repos. Pas de toux ni expectorations.

Abdomen distendu avec une masse importante de 40x30 cm environ estimé en quadrant inféro-gauche/FIG avec bruits hydro-aériques perçus en ragrd et tympanisme +++, pas de SFU, pas de douleur à l'ébranlement des fosses lombaires (Giordano -), orifices herniaires libres.

Il existe des mélanodermie avec des lésions de grattage sur les jambes et le tronc

EXAMEN CLINIQUE du 27/08/2024 17:10 par DANIEL Matthieu

Hyperleucocytose à PNN à 17,2 G/L

Pas de THE

Calcémie corrigée N

Pas d'autres troubles

Pas d'IRA

Cytolyse à 1,5-2N sur les ASAT

Pas de cholestase ni ictère

Anémie à 12 g/dl normocytaire

EXAMEN CLINIQUE du 27/08/2024 19:25 par DELANOY Marion

TDM AP injecté :

Thorax :

Épanchement pleural bilatérales, nettement prédominant à gauche.

Pas d'anomalie parenchymateuse systématisée ou d'image nodulaire suspecte.

Pas d'embolie pulmonaire proximale.

Pas d'épanchement péricardique.

Pas d'adénomégalie médiastinale ou hilare significative.

Abdomen et pelvis :

Masse pelvienne et abdominale hétérogène, mesuré à 24 x 16 cm en coupes axiales et 30 cm de hauteur, non caractérisable sur cet examen.

On ne visualise pas les ovaires.

Épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance.

Pas d'anomalie splénique, hépatique, rénale, surrénalienne ou pancréatique.

Pas de syndrome occlusif.

Pas d'anomalie vasculaire.

Pas de lésion osseuse suspecte.

ccl :

Épanchement pleural prédominant à gauche.

Masse abdomino-pelvienne de 24 x 16 x 30 cm, non caractérisable, nécessitant un complément d'exploration par IRM, origine gynécologique ?

EXAMEN CLINIQUE du 27/08/2024 20:21 par DELANOY Marion

patiente ok pour retour a domicile avec réalisation rapide IRM abdominoplevienne et cs gyneco

CONCLUSION

Conclusion médicale SAU : patiente de 53 ans sans atcd arrivant de MAurice pour bilan d'une masse abdominale avec AEG

bilan retrouvant une masse abdominoplevienne volumineuse difficilement caractérisable associée a un épanchement pleural droit de moyenne abondance

IRM pelvienne rapide en externe et consultation de gynecologie rapide

Diagnostic principal : R10.4_douleurs abdominales, autres et non précisées [P]

Décision médicale SAU : Sortant à 27/08/2024 20:24

DEVENIR DU PATIENT

DOMICILE

et présente aux urgences Oui

TITRE – FORFAIT TECHNIQUE
ACTES D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
ACTES DE SCANOGRAPHIE

X 753
035

ASSURANCE
MALADIE

D: 052409030053 FSP: 000092744

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIÉTÉ

NOM : IRM Les Alizes
 ADRESSE : 15 bis rue Maréchal LECLERC
 97400
 SAINT DENIS (REUNION)
 Téléphone : 02.62.20.33.44

N° de l'établissement ou de la société : 970410288

N° de l'appareil ou N° d'agrément : 11344916
 Date d'installation : 09/08/2021
 Puissance ou classe de l'appareil : 3

Tarification du forfait technique
 Normal : N° d'ordre : 6589
 Réduit : X (3) de l'examen
 Montant : 75,40

REMBOURSEMENT (2)

A L'EXPLOITANT A L'ASSURÉ(E)
 N° de compte postal ou de Caisse d'Épargne et intitulé :

IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE

NOM – Prénom : Dr BALU Marie
 ADRESSE : 15 BIS RUE MARÉCHAL LECLERC
 97400 SAINT DENIS (REUNION)
 Téléphone :

NUMERO D'IDENTIFICATION : 971744743

Date de l'acte : 03/09/2024

SIGNATURE DE L'EXPLOITANT : 
 SIGNATURE DU MEDECIN : 

La loi rend passible 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, L.441.1 du Code Pénal)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION :

NOM PATRONYMIQUE : MARIE
(nom de naissance)
 NOM D'USAGE (facultatif) : CALOU
(nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)
 PRÉNOMS : MARJORIE ANICK
 ADRESSE : 41 Ter Ch de Palmas
 97441 STE SUZANNE

CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1) :

NOM et adresse De l'organisme de paiement :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

Droits jusqu'au S'agit-il d'un accident ? OUI date NON
 Le malade est-il hospitalisé ?
 OUI Date hospitalisation :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :

NON

Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM PATRONYMIQUE :

PRENOM : Date de naissance :

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint Enfant Autre membre de la famille
 Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E) :

*Pendant la période transitoire permettant la coexistence de deux unités monétaires (Euros et Francs) si l'assuré règle en Euros, ou si la facture est établie en Euros, indiquer le montants en Francs avec sa contre-valeur en Euros.
 (1) Se reporter à la carte d'assuré 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 1^{er} août 1991 et à compter du 1^{er} janvier 1994 pour les appareils CNAMTS 631-12-98 installés antérieurement au 1^{er} août 1991.

SELAIR CABINET
 RADIOLOGIE LECLERC
 31 et 15 bis Rue Maréchal Leclerc
 97400 Saint-Denis
 Tél : 02 62 20 33 44
 Fax : 02 62 20 33 44



feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Facture N° 000898473 - PAPIER - Dossier N° 052409030053 (acc.n° 915788)

date JJMM 03/09/2024

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 **MARIE CALOU MARJORIE ANICK**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance JJMM AAAA

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)

41 Ter Ch de Palmas 97441 STE SUZANNE

IDENTIFICATION DU MEDECIN**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**DOCTEUR BALU MARIE
06-RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE
SELARL 90144
N° RPPS
=>31 RUE DU MARECHAL LECLERC
RADIOLOGIE LES ALIZEES
97400 ST DENIS
Tél.02 62 20 33 44

=> 971744743 00 3 30 1 06 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) 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 oui date JJMM AAAA MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement JJMM AAAA AT/MP numéro ou date JJMM AAAAsi vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination **ACTES EFFECTUES**

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : JJMM AAAA)

dates des	codes des	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	M.D.	I.K. montant ③
03092024	ZCQJ004s				71,07				
03092024	YYYY600	1			0,75				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT 71,82**MONTANT TOTAL**
euros (1+2+3)l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme

QUITTANCE SESAM VITALE

Docteur BALU Marie
 06 Electroradiologue Conventionné
 971744743
 15 bis rue Maréchal LECLERC
 97400 SAINT DENIS (REUNION)

Facture du 03/09/2024 Numéro : 000898473

Bénéficiaire MARIE
 MARJORIE ANICK

Assuré MARIE
 MARJORIE ANICK

Matricule -

Régime:

Caisse :

Centre :

Date des actes : 03/09/2024
 Actes facturés :

Code Regroupe	Activité	Modificateurs	Association	Base	Dépassement	Montant
ADI	1			71,07 €	0,00 €	71,07 €
ADI	1			0,75 €	0,00 €	0,75 €
Montant Total des Actes :						71,82 €

Montant Total : 71,82€

Payé par l'assuré : 147,22 €

**SELARL CABINET DE
 RADIOLOGIE LES ALIZES**
 31 et 15 bis Rue Maréchal leclerc
 97400 Saint-Denis
 Tél : 0262 20 33 44
 SIRET : 974 951 242 00013 - APE : 8622A

Dr Yves LAMAUD - Dr Pascale HOMEAU - Dr Philippe COLLECHY - Dr Marie STEFANO - Dr Marie MOJANO - Dr Olivier BORSOM - Dr Marie BALU - Dr John STONEY
 RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER - RADIOLOGIE DENTAIRE - SCANNER - IRM

Dr Gilles CARRASSET
Dr Jean-François GRANDJEAN
Dr Julie RAVINET-ALLYN
Dr Julia MILLIER
Dr Céline LENCK
Dr Nathalie POPESCU
Dr Dania OMALEK
Dr Dania MAGISTRIS

Dr Philippe LEMAIRE

Mme CALOU Marjorie Anick
Chez Mme MARIE 41 TER CHEMIN DE PALMAS
DEUX RIVES
97441 STE SUZANNE

FACTURE

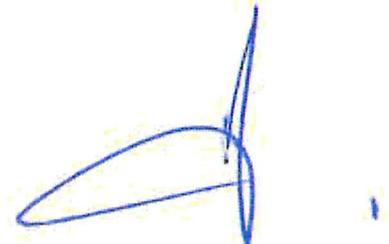
Saint-Denis le 5 septembre 2024

Mme CALOU Marjorie Anick
N° SS Assuré :
Née le 10/02/1971

Acte : CS
FSE n°
Montant total Honoraire : 64,32€
Part AMO : 0€
Règlement patient : 64,32€

Date de l'acte : 05/09/2024

Dr CARRASSET Gilles



Site Saint-Denis

15 bis rue du Mal Leclerc
97400 SAINT-DENIS

KelDoc 

SECRETARIAT

02 62 29 78 09/ 02 62 29 47 66 (fax)
secretariat@lareunionmedicale.re

Site Saint-André

2, chemin Gauche
97440 SAINT-ANDRE

Saint-Denis, le 27/08/2024

NOTE DE FRAIS

UA : 0421 IEP : 379671748 IPP : 034881156 Gestionnaire : 4G

Nom : **CALOU** Prénom : **MARJORIE ANICK**
Sexe : **F**
Née le : **10/02/1971** Age : **53**
Adresse : **RUE LAFONTAINE**
MARE LACHAUX
MAURICE MAURICE (ILE)

Description des soins à payer du 27/08/2024 au 27/08/2024

Acte	Date	UF	Médecin	Code	Qté/Coef	P.Unit.	Taux	Montant
Public(s)	27/08/2024	1550	000000000	FTN	1	99,69	100	99,69
	27/08/2024	1550	000000000	FTN	0.15	99,69	100	14,95
	27/08/2024	1921	971437835	FPU	1	19,61	100	19,61
	27/08/2024	1921	971437835	FU3	1	47,99	100	47,99
	27/08/2024	1600	000000000	SB3	1	68,82	100	68,82
	27/08/2024	1550	000000000	SIC	1	53,95	100	53,95

Total : 305,01 €

Paielement par

Nom Naissance : Centre Hospitalier Felix Guyon

Nom – Prénom : **CALOU MARJORIE ANICK** Montant dû : **305,01 €**

Merci de bien vouloir régler ces frais sous huitaine à nos guichets
du Lundi au Vendredi de 8 à 16 heures.

Vous pouvez également nous adresser un chèque au montant dû, libellé à l'ordre du TRESOR
PUBLIC.

Vous n'aurez pas à faire l'avance des frais :

- sur présentation à nos guichets de votre carte vitale mise à jour
- ou si vous nous retournez une photocopie de :
 - Votre attestation de droits ouverts à la Sécurité Sociale
 - Votre carte d'adhésion à une mutuelle conventionnée
 - Votre déclaration d'accident du travail
 - Une prise en charge de l'organisme débiteur