

177636



090063272

CASABLANCA Le : 10-10-2023

C. Débiteur page 1/1

N° Dossier : HPC23J03164355

N° Identifiant : 054937

Nom & Prénom : M. HSAIN JAMAL

C.I.N. : W41695

Adresse : SIDI BERNOUSSI

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : HSAIN JAMAL

Organisme : MUPRAS

ICE :

Adresse : AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-10-2023

Date Sortie : 10-10-2023

Médecin traitant : DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :	HOSPITALISATION
--------------	-----------------

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
SOIN INTENSIF						
7	SEJOUR EN SOINS INTENSIFS		1 000,00			7 000,00
				Total Rubrique :		7 000,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		7 757,36			7 757,36
				Total Rubrique :		7 757,36
PRESTATIONS						
1	ECG		150,00			150,00
				Total Rubrique :		150,00
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE		300,00			300,00
				Total Rubrique :		300,00
PARTIE CLINIQUE :						15 207,36
HONORAIRES MEDICAUX						
7	SURVEILLANCE USI		400,00			2 800,00
1	DR. BENZAKOUR MED AMAL (CHIRURGIE GENERALE)		400,00			400,00
1	DR. MOUKHLISS MOURAD (CARDIOLOGIE)		400,00			400,00
4	DR. BENJELLOUN HOUDA (ONCOLOGIE MEDICALE)	GT	0,00			0,00
				Total Rubrique :		3 600,00
PARTIE CLINIQUE :						15 207,36
LABO INTERNE						
1	HPC LABO		1 525,95			1 525,95
1	HPC LABO		118,95			118,95
1	HPC LABO		1 432,15			1 432,15
1	HPC LABO		92,15			92,15
				Total Rubrique :		3 169,20
PARTIE CLINIQUE :						18 376,56
CTS						
1	CENTRE DE TRANSFUSION		3 774,00			3 774,00
1	GROUPE SANGUIN		120,00			120,00
				Total Rubrique :		3 894,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						7 494,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 25 870,56
VINGT-CINQ MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES						Total Organisme (MUPRAS) 25 870,56
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (MUPRAS) de :						Total Adhérent 0,00
VINGT-CINQ MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES						

signature de l'assuré

Adresse : 279, BD Chefchaoui Ain Sebaa - Casablanca Tél. : 05 22 68 00 00 Fax : 05 22 35 66 44
E-mail : direction@hpc.ma - Site Web : www.hpc.ma IF : 34460126 - ICE : 002247938000079 - INPE : 0900063272
Bank : CIH bank - RIB : 230780278856322100950066

Date : 01/10/2023

نتائج التحليلات الطبية Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض Information concernant le malade

Nom : HSAIN
Prénom : JAMAL
N° du dossier : 1014616

Première détermination		Deuxième détermination	
Date de réception	: 01/10/2023	Date de réception	:
Heure de réception	: 11:43	Heure de réception	:
N° du prélèvement	: 2110964	N° du prélèvement	:
Etablissement	: 005PRI0220 HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAA	Etablissement	:
Service	:	Service	:
Réf de demande	:	Réf de demande	:
N° de séjour	:	N° de séjour	:
Groupe sanguin	: O Négatif	Groupe sanguin	:
Phénotype	: C-c+D-E-e+	Phénotype	:
	:		:
	:		:
	: K+		:
	:		:
RAI	:	RAI	:
Test de coombs	:	Test de coombs	:
Anti corps Irrégulier	:	Anti corps Irrégulier	:

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
المركز الجهوي لحافن الدم
الدار البيضاء

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000001136331

Date et heure 01/10/2023 - 14:45
Etablissement HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAA
(005PRI0220)
20000

Malade no 1014616
Nom et prenom HSAIN JAMAL
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Négatif

Service
Ref. commande 1013010996
CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0523654856-		O -		1	01/11/2023		250
0005	05236287515		O -		1	22/10/2023		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



Handwritten signature

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000001141608

Date et heure 10/10/2023 - 08:34
Etablissement HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAA
(005PRI0220)
20000

Malade no 1016207
Nom et prenom HSAIN JAMAL
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Négatif

Service
Ref. commande 1013024584

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05236338909		O -		1	16/11/2023		250
0005	05236299217		O -		1	17/11/2023		250

PFC homologue thérapeutique (4H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05236535419		O +		1	26/08/2024		220
0005	0523653415-		O +		1	26/08/2024		220
0005	05236365018		O +		1	27/08/2024		220

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720
4H000 / - PFC homologue thérapeutique	3	660	298/poche	894

Signature responsable
MOUNIA.K




DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001141608

Date et heure: 10/10/2023 - 08:34

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05236338909	
	CGR DON HOMOLOGUE	 05236299217	
	PFC homologue thérapeutique	 05236535419	
	PFC homologue thérapeutique	 0523653415-	
	PFC homologue thérapeutique	 05236365018	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
I.C.U. O I I A I O
المركز الجهوي لتحقن الدم
I.C.U. I C I E I I O K K I K A C C I
الدار البيضاء

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000001138578

Date et heure 04/10/2023 - 18:19
Etablissement HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAA
(005PRI0220)
20000

Malade no 1014616
Nom et prenom HSAIN JAMAL
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Négatif

Service
Ref. commande 1013010999

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05236514941		O -		1	13/11/2023		250
0005	0523660164-		O -		1	13/11/2023		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⴷⵓⵏⵉⵜ
المركز الجهوي لحافن الدم
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⴷⵓⵏⵉⵜ ⵜⴰⴷⵓⵏⵉⵜ
الدار البيضاء

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001138578

Date et heure: 04/10/2023 - 18:19

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



05236514941

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



0523660164-

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
م.ع.و.م.ت.ا.م.
المركز الجهوي لتحاقن الدم
م.ع.و.م.ت.ا.م.
الدار البيضاء

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000001136331

Date et heure 01/10/2023 - 14:45
Etablissement HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAA
(005PRI0220)
20000

Malade no 1014616
Nom et prenom HSAIN JAMAL
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Négatif

Service
Ref. commande 1013010996
CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0523654856-		O -		1	01/11/2023		250
0005	05236287515		O -		1	22/10/2023		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001136331

Date et heure: 01/10/2023 - 14:45

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



0523654856-

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



05236287515

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):





AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

10 Octobre 2023

Compte Rendu d'Hospitalisation

Date d'entrée	03/10/2023
Date de sortie	10/10/2023

Identité

Mr HSAIN Jamal, 64 ans, a été admis à l'Hôpital Privé de Casablanca Ain Sebaa pour altération profonde de l'état général.

Antécédents

Médicaux :

- Suivi pour mélanome métastatique.

Chirurgicaux :

- Opéré pour mélanome secondaire, localisation intestinale.

Histoire de la maladie

L'histoire de la maladie remonte à quelques jours avant son admission par la survenue d'une altération profonde de l'état général, ce qui a motivé sa consultation pour prise en charge.

Examen à l'admission

- Glasgow=15/15, pupilles symétriques et réactives, déficit : non.
- PA=90/63mmHg, FC=89bpm, SPO2=97%, T°=37°C, dextro=1.01g/l.
- L'auscultation cardiovasculaire : sans particularité.
- L'auscultation pleuro-pulmonaire : sans particularité.
- Abdomen distendu.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Examens complémentaires

Après mise en condition et monitoring, un complément de bilan a été demandé :

- ECG (cf CR).

- Echographie abdominale : aspect échographique de localisation hépatique secondaire ayant augmenté de taille par rapport à l'imagerie du 18-07-2023, épanchement péritonéal de faible abondance, thrombose segmentaire partielle de la veine cave inférieure dans sa portion rétrohépatique.

Traitement

La conduite à tenir a été symptomatique et étiologique :

- Hospitalisation en unité de soins intensifs.
- VVP, remplissage vasculaire.
- Prévention de l'ulcère de stress et de la maladie thromboembolique.
- Corticothérapie.
- Traitement diurétique.
- Transfusion sanguine.
- Séance de VNI.
- Surveillance stricte.

Avis Spécialistes :

- Avis Chirurgien : Dr BENZAKOUR.
- Avis Cardio: Dr MOUKHLISS.
- Avis Oncologue: Dr BENJELLOUN.

Evolution

Le patient s'est aggravé sur le plan respiratoire et hémodynamique, il a été transféré en réanimation pour prise en charge, malgré les mesures de réanimation, le patient a été déclaré décédé le 10-10-2023.

Hospitalisation

Son état de santé a nécessité un séjour de 07 nuits en unité de soins intensifs.


Dr. Abderrahmane RCHI
 ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR
 INPE : 911 7682
 HOPITAL PRIVÉ C. SABLANCE
 AIN SEBBA



- Préfecture / Province : AIN SEBAA / CASH
 - Préfecture d'arrondissements :
 - Commune / Arrondissement :

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le 10/10/2023 à 18 h 20 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☐ Oui ☒ Non

Adresse du lieu de décès : Hôpital privé Casablanca AIN SEBAA

Nom : H. Sain Prénom : Jany CNIE :

Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocaine

Date de naissance : 17/08/1961 Lieu de naissance : Benrouhid

Adresse du domicile habituel : Hay Tarik Rue 55 N°3 Benroussi

Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non

Date de l'acte au registre des décès : 10/10/2023

Signature et cachet du médecin

Dr. CHOUBHI Moncef
 Anesthésie-Réanimation

Constatation faite :

A. CASABLANCA

le 10/10/2023

Partie à détacher et destinée au bureau d'état civil

Partie destinée au Ministère de la Santé

Date de l'acte au registre des décès : 10/10/2023

Identification

Adresse de survenue du décès : - Préfecture / Province :
 - Préfecture d'arrondissements :
 - Commune / Arrondissement :

Domicile habituel : - Préfecture / Province : AIN SEBAA / CASH
 - Préfecture d'arrondissements :
 - Commune / Arrondissement :

Lieu de résidence : 1. ☐ Urbain 2. ☐ Rural 3. ☐ Inconnu

Renseignements

S'agit-il d'un mort-né ? 1. ☐ Oui 2. ☒ Non

Sexe : 1. ☒ Masculin 2. ☐ Féminin 3. ☐ Indéterminé

Date de décès : 10/10/2023
 Jour Mois Année

Date de naissance : 17/08/1961
 Jour Mois Année

Lieu de décès : 1. ☐ Domicile 3. ☒ Clinique privée 5. ☐ Lieu de travail
 2. ☐ Hôpital public : 4. ☐ Voie publique 6. ☐ Autre :

État matrimonial : 1. ☐ Célibataire 2. ☒ Marié(e) Nationalité : 1. ☒ Marocaine
 3. ☐ Veuf (ve) 4. ☐ Divorcé(e) 5. ☐ Inconnu 2. ☐ Autre (à préciser) :

Cause du décès

ARTIE I

Maladie ou l'état morbide
 qui a directement provoqué le décès
 la ligne a

Maladies dans leur ordre de survenue
 la ligne des événements causaux
 (à éliminer)

Maladie initiale du décès sur
 la dernière ligne renseignée.

a) due à
 b) due à
 c) due à
 d) due à

et de choc septique
 reproduit avec déficience
 multirésistants

Intervalle entre le début du
 processus morbide et le décès
 (Heures, jours, mois ou ans)

Dr. CHOUBHI Moncef
 Anesthésie-Réanimation

ARTIE II
 Autres états morbides ayant significativement contribué au décès. (Ecrire chaque intervalle entre parenthèses après la maladie correspondante)

Instructions à suivre pour remplir le volet médical

- ✓ Les causes du décès seront indiquées de façon aussi précise que possible.
- ✓ Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.
- ✓ Ne pas utiliser d'abréviation ambiguë (exemple : IR Insuffisance Respiratoire? Rénale?)
- ✓ Ecrire lisiblement.
- ✓ Pour plus d'informations, veuillez consulter le site web du Ministère de la Santé : www.sante.gov.ma

Exemples

Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle	Partie I	Intervalle
a) Septicémie	3 j	a) Coma	12 h	a) Choc hémorragique	1 h	a) Détresse respiratoire	5 mn
b) Péritonite	18 h	b) Œdème cérébral	18 h	b) Fracture multiples	6 h	b) Embolie pulmonaire	5 mn
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c) Suicide par chute du 5 ^{ème} étage	6 h	c) Phlébite	?
d) Ulcère duodénal	6 mois	d) Accident de la route	2 j	d)		d) Accouchement	16 j
Partie II		Partie II		Partie II		Partie II	
Alcoolisme (20 ans)		Toxicomanie		Varices (4 ans)			

- Remarques :**
- Les cases / / doivent être remplies par des chiffres.
 - Pour les pointillés préciser la mention.
 - Les cases ☐ doivent être cochées selon le cas.

Informations complémentaires

Circonstances du décès :

1. ☐ Maladie

2. ☐ Accident

3. ☐ Suicide

Cause externe

4. ☐ Homicide

5. ☐ Intention indéterminée

6. ☐ Inconnues

En cas de cause externe (dont intoxication) :

- Date de survenue :

- Lieu de survenue :

0. ☐ Domicile

5. ☐ Zone de commerce/service

1. ☐ Etablissement collectif

6. ☐ Local industriel/chantier

2. ☐ Ecole/administration publique

7. ☐ Exploitation agricole

3. ☐ Lieu de sport

8. ☐ Autre :

4. ☐ Voie publique

9. ☐ Inconnu

- Circonstances de survenue : Ex : (Piéton blessé dans une collision avec une automobile)

Autopsie :

- Une autopsie a-t-elle été demandée(*) ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

- Si **Oui** les résultats ont-ils été utilisés dans la certification ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

(*) ou sera-t-elle vraisemblablement demandée?

Intervention chirurgicale récente :

- Une opération a-t-elle été effectuée lors des dernières semaines ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

- Si **Oui**, date de l'opération : 2 0

- Motif de l'opération :

Décès d'une femme de 12-54 ans :

- Le décès est-il survenu pendant une grossesse ou moins d'un an après sa termination ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

- Si **Oui**, le décès de la femme est-il survenu :

1. ☐ Au cours de la grossesse

2. ☐ Dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse

3. ☐ Plus de 42 jours mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse

- La grossesse a-t-elle contribué au décès ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Ne sait pas

Décès périnatal (Mort-nés(*), décès âgés de moins de 7 jours) :

- Grossesse multiple : 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Inconnu

- Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée) :

- Poids à la naissance (en grammes) :

- Si décès âgé de moins de 24 heures préciser : nombre d'heures

- Age de la mère en années :

- Maladie ou affection maternelle ayant affecté le fœtus ou le nouveau-né :

(*) Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant à la définition de la viabilité donnée par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.

Constatation faite par :

1. ☐ Médecin

2. ☐ Autre :

Signature et cachet

Nom de l'établissement : Dr. CHOUMI Moncef

Service : Anesthésie

Numéro de téléphone :

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

Séjour : Du 03/10/2023 au 11/10/2023
Patient : M. HSAIN JAMAL
N° Dossier : HPC23J03164355
Organisme : MUPRAS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ATROVENT 0.5MG SOLUTIO (10)	4,30 Dh	7	30,10 Dh
DAKTARIN GEL BUC 2% 40 G GEL (01)	33,00 Dh	1	33,00 Dh
DURESAN 20 mg INJECTA (01)	3,50 Dh	4	14,00 Dh
LEVOFLOXACINE NORMON 500MG INJ	151,30 Dh	20	3 026,00 Dh
MEGAFLOX 200MG/100ML IV	94,10 Dh	18	1 693,80 Dh
METHYLPREDNISOLONE ISIO 40 MG	13,70 Dh	21	287,70 Dh
METRIS 500 MG	20,50 Dh	18	369,00 Dh
NORADRENALINE AG 0.2 % INJECTA (10)	50,30 Dh	5	251,50 Dh
NOVEX 0.6/ 2 SE INJECTA (02)	44,75 Dh	6	268,50 Dh
OMEPRAZOLE SP 40MG	54,80 Dh	8	438,40 Dh
TRIAxon 2 G INJECTA (01)	149,50 Dh	9	1 345,50 Dh
			7 757,50 Dh

SERVICE PRATIQUE EN CHARGE
HOPITAL CASABLANCA AIN SEBAA
22, rue Mohammed VI
20250 Casablanca
Tél : 05 22 17 72 17
Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa