

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

177636

CASABLANCA Le : 10-10-2023

## Facture N° 32209/23

### C. Débiteur

page 1/1

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

Traitements : HOSPITALISATION

### A. Identification

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

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

| Qté | Prestations  | Observation              | Prix U.          | L.C. | Coef | Organisme |
|-----|--|--------------------------|------------------|------|------|-----------|
|     | <b>SOIN INTENSIF</b>   |                          |                  |      |      |           |
| 7   | SEJOUR EN SOINS INTENSIFS  |                          | 1 000,00         |      |      | 7 000,00  |
|     |  |                          | Total Rubrique : |      |      | 7 000,00  |
|     | <b>PHARMACIE INTERNE</b>   |                          |                  |      |      |           |
| 1   | PHARMACIE  |                          | 7 757,36         |      |      | 7 757,36  |
|     |  |                          | Total Rubrique : |      |      | 7 757,36  |
|     | <b>PRESTATIONS</b>   |                          |                  |      |      |           |
| 1   | ECG  |                          | 150,00           |      |      | 150,00    |
|     |  |                          | Total Rubrique : |      |      | 150,00    |
|     | <b>RADIOLOGIE</b>  |                          |                  |      |      |           |
| 1   | ECHOGRAPHIE ABDOMINALE   |                          | 300,00           |      |      | 300,00    |
|     |  |                          | Total Rubrique : |      |      | 300,00    |
|     |  | <b>PARTIE CLINIQUE :</b> |                  |      |      | 15 207,36 |
|     | <b>HONORAIRES MEDICAUX</b>   |                          |                  |      |      |           |
| 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  |
|     |  | <b>PARTIE CLINIQUE :</b> |                  |      |      | 15 207,36 |
|     | <b>LABO INTERNE</b>  |                          |                  |      |      |           |
| 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  |
|     |  | <b>PARTIE CLINIQUE :</b> |                  |      |      | 18 376,56 |
|     | <b>CTS</b>   |                          |                  |      |      |           |
| 1   | CENTRE DE TRANSFUSION  |                          | 3 774,00         |      |      | 3 774,00  |
| 1   | GROUPE SANGUIN   |                          | 120,00           |      |      | 120,00    |
|     |  |                          | Total Rubrique : |      |      | 3 894,00  |
|     |  | <b>PARTIE CLINIQUE :</b> |                  |      |      | 7 494,00  |
|     | <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>                             |                          |                  |      |      |           |
|     | Arrêté la présente facture à la somme de :                               |                          |                  |      |      |           |
|     | VINGT-CINQ MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES   |                          |                  |      |      |           |
|     | Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (MUPRAS) de : |                          |                  |      |      |           |
|     | VINGT-CINQ MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES   |                          |                  |      |      |           |
|     | <b>TOTAL GENERAL</b>   |                          |                  |      |      | 25 870,56 |
|     | <b>Total Organisme (</b>   |                          |                  |      |      | 25 870,56 |
|     | <b>MUPRAS )</b>  |                          |                  |      |      |           |
|     | <b>Total Adhérent</b>  |                          |                  |      |      | 0,00      |

signature de l'assuré

Adresse : 279, BD Chefchaouni 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 - ICF 002247038000079 - INPE : 0900063272  
Bank : CIH bank - RIB : 230780278856322100950066

Date : 01/10/2023

## نتائج التحاليل 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           | : |
| <b>Groupe sanguin</b>  | <b>O Négatif</b>                          | <b>Groupe sanguin</b>  | : |
| 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  
T. C. U. O. T. F. A. O.  
المركز الحبيبي لتحافظ الدم  
• C. C. O. I. E. I. S. O. R. R. I. Z. A. C. C. I.  
دار 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



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
F. E. U. O. F. T. A. G. R.  
المركز الحبري للدماء  
C. E. O. I. C. I. E. T. O. R. R. I. E. A. E. C. I.  
الدار البيضاء

+ ٢٠٢٤٤١ ٢٦٥٥٦

### 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        |



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
T. C. U. O. T. A. M. O.  
لمركز الحبيبي للتحاليف المد  
E. E. O. I. E. L. H. K. R. R. I. C. A. E. E. I.  
الدار البيضاء

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<br>HOMOLOGUE           | <br>05236338909    |                           |
|         | CGR DON<br>HOMOLOGUE           | <br>05236299217    |                           |
|         | PFC homologue<br>thérapeutique | <br>05236535419    |                           |
|         | PFC homologue<br>thérapeutique | <br>0523653415-    |                           |
|         | PFC homologue<br>thérapeutique | <br>05236365018    |                           |

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



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
T. C. U. O. I. T A I O  
المركز الجبوري لتحاقن الدم  
T. C. O. I. C. I. E I I O R R I E A . E 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

المركز الجبوري لتحافظن الدم

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<br>HOMOLOGUE | <br>05236514941    |                           |
|         | CGR DON<br>HOMOLOGUE | <br>0523660164-    |                           |

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



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
+ E. U. OI + AY OR  
المركز الجبوري لتحاقن الدم  
+ E. O. ICI. EI + ORRI + A. ECI  
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



Ministère de la Santé  
Centre Régional de Transfusion  
Sanguine  
CASABLANCA



وزارة الصحة  
المركز الحجري لتحافظ الدم  
دار البيضاء  
+212 31 80 00 000

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

NUMERC 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<br>HOMOLOGUE | <br>0523654856-    |                           |
|         | CGR DON<br>HOMOLOGUE | <br>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, SPO<sub>2</sub>=97%, T°=37°C, détro=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 monitorage, 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.

#### Traitements

La conduite à tenir a été symptomatique et étiologique :

- Hospitalisation en unité de soins intensifs.
- VWP, 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.





- Préfecture / Province : AïN SeBaa / CA81  
 - Préfecture d'arrondissements :  
 - Commune / Arrondissement :

## CERTIFICAT DE DECES

Dès 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 comblaya Aïn sebaa

Prénom : Jamsy CNIE :

se :  Masculin  Féminin  Indéterminé Nationalité : Marocaine

te de naissance : 17.08.1961 Lieu de naissance : Benachid

resse du domicile habituel : Hay Tarik Rue 55 NR 3 Bernoussi

t-il un obstacle médico-légal?  Oui  Non

de l'acte au registre des décès : 11181818

Signature et cachet du médecin

Dr. CHOUHBI 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

l'acte au registre des décès : 11181818

### Identification

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

nicile habituel: - Préfecture /Province : AïN SeBaa / CA81  
 - Préfecture d'arrondissements :  
 - Commune / Arrondissement :

ieu de résidence : 1.  Urbain 2.  Rural 3.  Inconnu

### Renseignements

git-il d'un mort-né? 1.  Oui 2.  Non

se : 1.  Masculin 2.  Féminin 3.  Indéterminé

te de décès : 110110201213  
Jour Mois Année

Date de naissance : 117101811961  
Jour Mois Année

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

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

### ARTIE I

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

quer dans leur ordre de survenue haine des événements causaux échéant)

rire la cause initiale du décès sur dernière ligne renseignée.

### Cause du décès

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

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

Etat de choc septique

réaction avec défaillance

multirécidivé

Dr. CHOUHBI Moncef  
Anesthésie-Réanimation

### ARTIE II

utres 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 et 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](http://www.sante.gov.ma)

## Exemples

| Partie I                | Intervalle | Partie I                | Intervalle | Partie I                                       | Intervalle | Partie I                 | Intervalle |
|-------------------------|------------|-------------------------|------------|--|------------|--------------------------|------------|
| a) Septicémie           | 3 h        | a) Coma                 | 12 h       | a) Choc hémorragique                           | 1 h        | a) Détresse respiratoire | 5 mn       |
| b) Péritonite           | 18 h       | b) Edème 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 <sup>ème</sup> étage | 6 h        | c) Phlébite ?            | ?          |
| d) Ulcère duodénal      | 6 mois     | d) Accident de la route | 2 j        | d)   |            | d) Accouplement          | 16 j       |
| Partie II               |            | Partie II               |            | Partie II                                      |            | Partie II                |            |
| Alcoolisme (20 ans)     |            |                         |            | Toxicomanie                                    |            | Varices (4 ans)          |            |

#### **Circonstances du décès :**

#### **Informations complémentaires**

|   |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|---|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| Circonstances du décès :  |   | Cause externe                                      |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| 1. <input type="checkbox"/> Maladie   | 2. <input type="checkbox"/> Accident                  | 4. <input type="checkbox"/> Homicide               | 6. <input type="checkbox"/> Inconnues |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
|   | 3. <input type="checkbox"/> Suicide                   | 5. <input type="checkbox"/> Intention indéterminée |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <b>En cas de cause externe (dont intoxication) :</b>  |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p>- Date de survenue : <input type="text"/></p> <p>- Lieu de survenue :</p> <table border="0"> <tr> <td>0. <input type="checkbox"/> Domicile</td> <td>5. <input type="checkbox"/> Zone de commerce/service</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> Etablissement collectif</td> <td>6. <input type="checkbox"/> Local industriel/chantier</td> </tr> <tr> <td>2. <input type="checkbox"/> Ecole/administration publique</td> <td>7. <input type="checkbox"/> Exploitation agricole</td> </tr> <tr> <td>3. <input type="checkbox"/> Lieu de sport</td> <td>8. <input type="checkbox"/> Autre : .....</td> </tr> <tr> <td>4. <input type="checkbox"/> Voie publique</td> <td>9. <input type="checkbox"/> Inconnu</td> </tr> </table> <p>- Circonstances de survenue : Ex :(Piéton blessé dans une collision avec une automobile) .....</p> |   |  |                                       |  | 0. <input type="checkbox"/> Domicile | 5. <input type="checkbox"/> Zone de commerce/service | 1. <input type="checkbox"/> Etablissement collectif | 6. <input type="checkbox"/> Local industriel/chantier | 2. <input type="checkbox"/> Ecole/administration publique | 7. <input type="checkbox"/> Exploitation agricole | 3. <input type="checkbox"/> Lieu de sport | 8. <input type="checkbox"/> Autre : ..... | 4. <input type="checkbox"/> Voie publique | 9. <input type="checkbox"/> Inconnu |
| 0. <input type="checkbox"/> Domicile  | 5. <input type="checkbox"/> Zone de commerce/service  |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| 1. <input type="checkbox"/> Etablissement collectif   | 6. <input type="checkbox"/> Local industriel/chantier |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| 2. <input type="checkbox"/> Ecole/administration publique   | 7. <input type="checkbox"/> Exploitation agricole     |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| 3. <input type="checkbox"/> Lieu de sport   | 8. <input type="checkbox"/> Autre : .....             |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| 4. <input type="checkbox"/> Voie publique   | 9. <input type="checkbox"/> Inconnu                   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p><b>Autopsie :</b></p> <p>- Une autopsie a-t-elle été demandée(*) ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>- Si Oui les résultats ont-ils été utilisés dans la certification ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>(*) ou sera-t-elle vraisemblablement demandée?</p>  |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p><b>Intervention chirurgicale récente :</b></p> <p>- Une opération a-t-elle été effectuée lors des dernières semaines ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>- Si Oui, date de l'opération : <input type="text"/> 20</p> <p>- Motif de l'opération : .....</p>   |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p><b>Décès d'une femme de 12-54 ans :</b></p> <p>- Le décès est-il survenu pendant une grossesse ou moins d'un an après sa terminaison ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>- Si Oui, le décès de la femme est-il survenu :</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Au cours de la grossesse</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Plus de 42 jours mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse</p> <p>- La grossesse a-t-elle contribué au décès ? :</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>   |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p><b>Décès périnatal (Mort-nés(*), décès âgés de moins de 7 jours) :</b></p> <p>- Grossesse multiple : 1. <input type="checkbox"/> Oui    2. <input type="checkbox"/> Non    3. <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>- Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée) : <input type="text"/></p> <p>- Poids à la naissance (en grammes) : <input type="text"/></p> <p>- Si décès âgé de moins de 24 heures préciser : nombre d'heures <input type="text"/></p> <p>- Age de la mère en années : <input type="text"/></p> <p>- Maladie ou affection maternelle ayant affecté la femme, le fœtus ou le nouveau-né : .....</p>   |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p>(*)Le seuil de déclaration à l'état civil des mort-nés en se référant par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus à la définition de la viabilité donnée de plus de 500 grammes.</p>  |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p><b>Constatation faite par :</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Médecin</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Autre : .....</p>  |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <p>Nom de l'établissement : ..... Dr. CHO BHI Moncef</p> <p>Service : ..... Anas</p> <p>Numéro de téléphone : .....</p>   |   |  |                                       |  |                                      |  |   |   |   |   |   |   |   |                                     |

**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 HOSPITAL PRIVE CASABLANCA  
AIN SEBAA - 2072  
Casablanca - Maroc*