

DERB GHALLEF

POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

128059

REMPPLIR PAR LA POLYCLINIQUE		MUPRAS		
NOM ET PRENOM DU MALADE	<i>Aariza Modouba</i>			
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	<i>Soc Chlefia</i>			
MEDECIN RESPONSABLE	<i>Dr El Nabil</i>			
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	<i>Voi pli</i>			
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION				
AS D'URGENCE HOSPITALISTE LE				
CE ANTE	<input type="checkbox"/>	CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL		
REMPPLIR PAR L'EMPLOYEUR				
DE OYEUR		NUMERO DE POLICE		
RENOM IRE		NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE		
EMENTS CONCERNANT LE MALADE				
		LIEN DE PARENTE		
RE A L'ASSUREUR				
QUE DU MEDECIN CONSEIL ORABLE LE	SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR	PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH		
AVORABLE	DATE	EN CHIFFRE _____ EN TOUTES LETTRES _____		
		VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE	VISA ET CACHET DE L'ASSUREUR	
				
		TOTAL DE L'ESTIMATION <i>15841</i> TOTAL		
<p>Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiées de l'hospitalisation ou en cas de complication.</p> <p>DATE <i>25/01/27</i></p> <p>VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE</p>				

**Note confidentielle**

(A renseigner par le médecin traitant)

Assuré (e) :

Matriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

**Docteur Hamza EL NEIL**  
**Urologue-Sexologue**  
**Tél.: 06 56 20 62 06**  
**INPE: 0091186478**

Date de la consultation: / / / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Dyslipidémie importante avec fonction rénale

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans paracliniques :

Echo: hypertrophie post-sty

Libellé et nature des soins :

RTHAP 2120

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / /

Fait à :

**Docteur Hamza EL NEIL**  
**Urologue-Sexologue**  
**Tél.: 06 56 20 62 06**  
**INPE: 0091186478**

\* Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :

CASABLANCA LE 05/08/2022

COMPTE RENDU CYSTOSCOPIE

Mr MUSTAPHA AARIZA

EN POSITION DE TAILLE

ANESTHESIE LOCALE A LA LIDOCAINE GEL 2%

INTRODUCTION DU CYSTOSCOPE SOUPLE STORZ

L'EXPLORATION RETROUVE UN COL VESICAL HYPERTONIQUE AVEC DEUX PETITS POLYPS QUI PEUVENT EXPLIQUER L'HEMATURIE INITIALE

VESSIE DE LUTTE MULTIDIVERTICULAIRE

MEATS URETERAUX VUS

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue Sexologue  
Tél : 06 56 20 62 06  
INPE : 0091186478

محل 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقي شارع أنوال وشارع عبد المؤمن - الـ  
AWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 - Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen - B.P. 20340 - C  
42 97 - Urg : +212 656 206 206 - elneilhamza@hotmail.com - N° ICE : 002752425000008 - INPE : 091

