

## 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.

### Diagnostique 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.

### Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0030682

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12845

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAÏSS ADIL

Date de naissance : 23/02/1979

Adresse : 7 ARSET LEBER RES HAJ BOUBKER APPT 14

HAARIF CASABLANCA

Tél : 06 64 79 03 03

Total des frais engagés : 4348 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL YOUNSI Mustapha  
Hepato Gastro Entérologue  
203, Boulevard Zerktouni  
Tél: 0522 36.01 80 / 74  
Fax: 0522 36.01 74

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Abdomino-cholestase

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 : 11 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : Accusé Siège/Ram



# 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
21.08.19	voir	facture	3647	
21.09.19	G			
26/09/19	G			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOCRATE 93bis Rue Ibnou Majar Madrif Extension Casablanca Tel.: 0522 94 81 10	26/09/19	402.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/09/19	Histo	900.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Docteur Mustapha EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Diplômé Universitaire des Hépatites Virales

Ancien Attaché des Hôpitaux de pitié-salpêtrière beaujon, Bichat - Paris

Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Ph-Métrie Oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 26/09/2019

Mr RAISS Adil



226.00

ESAC 40

1 cp par jour le soir au coucher (pendant 04 semaine)

58.40 x 3

Solupred 20

3 cp par jour le matin

Diminuer de 1/2 cp par jour jusqu'à l'arrêt



T. 401.20



Dr. Mustapha EL YOUNSI  
27 Gastro Entérologie  
Boulevard Zerktouni  
T. 36.01.80.74  
Fax 36.01.74



**ATTENTION :**  
Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament  
Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans  
les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE  
DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN.

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte  
surveillance médicale.

#### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination  
récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies  
du côlon, d'intervention chirurgicale récente au  
niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension  
artérielle, d'infection (notamment antécédents

herpès, varicelle, zona),

- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE  
DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN.

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte  
surveillance médicale.

#### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination  
récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies  
du côlon, d'intervention chirurgicale récente au  
niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension  
artérielle, d'infection (notamment antécédents

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE  
DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN.

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte  
surveillance médicale.

#### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination  
récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies  
du côlon, d'intervention chirurgicale récente au  
niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension  
artérielle, d'infection (notamment antécédents

EN CAS DE DOUTE NE PAS  
L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE  
PHARMACIEN.

Inter  
inter

Ce m  
avec  
systè  
attén  
AFIN  
ENT  
SIGN  
TRA  
VOT

**Solupred® 20mg**



Gros

Gros

Ce m

qu'en c

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

Ce m

**Solupred® 20mg**



Gr

Gros

Ce n

qu'en

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

**Solupred® 20mg**



Grosses

Grosses

Ce m

qu'en cas de

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous

Si vous êtes épuisé ou susceptible de l'être, ou si vous allaitez, dites-le à votre médecin avant de prendre ESAC.

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

### Allaitement.

Ce médicament ne doit pas être utilisé au cours de l'allaitement.

Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

### Prise ou utilisation d'autres médicaments.

Il est important d'indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament notamment l'itraconazole ou le kétoconazole, le diazépam, la phénytoïne, la warfarine, l'atazanavir, la clarithromycine ou le cisapride, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

### Comment prendre ESAC 40 mg ?

Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et quand vous devez les prendre.

Le dosage des gélules que vous prenez et la durée du traitement dépendront de l'importance des symptômes dont vous souffrez.

Vous pouvez prendre vos gélules au cours d'un repas ou à jeun. Les gélules ne doivent pas être mâchées ni croquées.

Elles doivent être avalées entières avec un demi-verre d'eau.

Si vous avez des difficultés pour avaler, le contenu des gélules peut être mis dans un demi-verre d'eau non gazeuse. Aucun autre liquide ne doit être utilisé.

Vous pouvez alors boire la solution contenant des petits granules immédiatement ou dans les 30 minutes. Remuez toujours avant de boire.

Rincez ensuite le verre en ajoutant le contenu d'un demi-verre d'eau et le boire. Tous les granules doivent être avalés sans être mâchés ni croqués.

Pour les patients ne pouvant pas avaler, le contenu des gélules peut être dispersés dans de l'eau non gazeuse et administrés par sonde gastrique.

### La posologie habituelle est :

**Adultes et enfants à partir de 12 ans :**

#### - Traitement de l'oesophagite :

40 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Chez certains patients, un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

#### - Prévention des rechutes des oesophagites :

20 mg une fois par jour.

#### Traitement des symptômes du reflux gastro-oesophagien (brûlures et remontées acides)

20 mg une fois par jour.

Si vos symptômes persistent après 4 semaines, consultez votre médecin.

Par la suite, votre médecin peut vous recommander de prendre une gélule de 20 mg une fois par jour, en fonction de vos besoins.

Le traitement à la demande, en fonction des besoins, n'est pas recommandé chez les patients traités par un AINS, susceptibles de développer un ulcère

hépatique sévère pré-existante, ne peut être utilisé chez les patients atteints de maladie hépatique, douleurs articulaires ou musculaires, fatigue musculaire, photosensibilisation, réactions cutanées graves (réactions bulleuses), alopecie (chute de cheveux), réactions allergiques telles que gonflement du visage, des lèvres, du larynx et/ou de la langue, bronchospasme, choc anaphylactique, fièvre, néphrite interstitielle (atteinte rénale), augmentation de la sueur, vision trouble, perturbation du goût et diminution du taux de sodium dans le sang. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### Instructions d'utilisation pour l'administration par sonde gastrique.

Il est très important que l'administration par sonde gastrique soit réalisée par un personnel entraîné et ayant la connaissance nécessaire pour s'assurer que le matériel choisi (sonde et seringue) est approprié à ce mode d'administration.

Seule de l'eau non gazeuse doit être utilisée.

Aucun autre liquide ne doit être utilisé.

Rincer la sonde avec de l'eau avant administration.

1. Placer le contenu de la gélule dans une seringue adaptée et remplir la seringue avec environ 25 ml d'eau et environ 5 ml d'air.

Pour certaines sondes, un volume de 50 ml d'eau est nécessaire pour disperser les microgranules afin de prévenir l'obstruction de la sonde.

2. Remuer immédiatement la seringue pendant environ 2 minutes pour disperser les microgranules.

3. Maintenir la seringue embout en l'air et vérifier que l'embout n'est pas obstrué par la dispersion.

4. Remonter la sonde sur la seringue en maintenant la position décrite ci-dessus.

5. Ag

5-10

Puis,

mair

6. R

5-10

7. R

5, si

sonc

For

Boil

List

Cor

A c

A c

Ter

Ne p

226,00





# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de PARIS

Diplômé UNIVERSITAIRE DES HÉPATITES VIRALES

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE BEAUJON, BICHAT - PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

FIBROSCOPIE • COLOSCOPIE • PROTOCOLOGIE • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

ECHOGRAPHIE • CPRE + SPHINCTÉROTOMIE

Casablanca le, 20/09/2019

**Mr RAISS Adil**

- Coloscopie totale avec ileoscopie
- Fibroscopie Oesogastroduodénale

RDV le  
le matin à jeune  
Clinique Dar Salam

Dr. EL YOUNSI Mustapha  
Hépatogastro-entérologie  
27 Boulevard  
Tél. 05 22 36 01 74

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : Dr. EL YOUNSI

Nom et prénom du patient : M. RAISS Adil

Age : Né en 1979 Sexe : M

Date de prélèvement : 21/09/19

Renseignements cliniques et paracliniques : Meurtrisme cytar  
proph

① B - Biopsie de la tumeur  
test d'hist

② type auct  
③ site siglaire

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

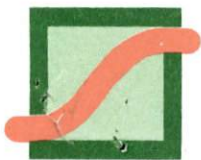
FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernière règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet





# مصلحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
201909626	21/09/2019	M. RAISS Adil	Payant	21/09/2019	21/09/2019

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FIBRO COLONO			1	1 275,00	1 275,00
PINCE			1	240,00	240,00
TOTAL CLINIQUE					1 515,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. ANESTHESISTE(Anesthesiste)			1	450,00	450,00
DR. EL YOUNSI MUSTAPHA(Gastrologue)			1	1 575,00	1 575,00
LABO HAIZOUNE			1	107,20	107,20
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					2 132,20

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS MILLE SIX CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS VINGT CENTIMES	TOTAL GENERAL	3 647,20
--	---------------	----------

CLINIQUE DAR SALAM  
729, Bd. Modibo Keita - Casablanca  
Tél: 05 22 851 414 - Fax: 05 22 830 880  
C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352  
E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



## CLINIQUE DAR SALAM

### NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 21/09/2019  
DATE SORTIE : 21/09/2019 12h27

LE: 21/09/2019

DR. ANESTHESISTE (Anesthesiste)

HONORAIRES : 450,00 Dh (QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS )

PATIENT : M. RAISS ADIL

Dr. Anesth. El Merghar  
Professeur d'Anesthésie Réanimation  
CLINIQUE DAR SALAM

signé et cacheté

### NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 21/09/2019  
DATE SORTIE : 21/09/2019 12h27

LE: 21/09/2019

DR. EL YOUNSI MUSTAPHA (Gastrologue)

HONORAIRES : 1 575,00 Dh (MILLE CINQ CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS )

PATIENT : M. RAISS ADIL

Dr. EL YOUNSI Mustapha  
Hepato Gastro Entérologie  
203. Boulevard Zerkouni  
Tél: 0522 38 01 80 / 74  
Fax: 0522 38 01 79

signé et cacheté



## CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca  
Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com  
Patente 36333531 ICE 001624540000044

### FACTURE N° 19/6116

Casablanca, le : 23/09/2019  
Analyses effectuées le : 23/09/2019  
Pour : RAISS ADIL  
Sur prescription du : Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Référence : **90923595**

#### Analyse effectuée

Histologie

#### Cotation :

Montant Net : 900,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de  
Neuf cents Dirhams**

Signé :

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
1er étage - Casablanca  
Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24



## CASAPATH

RECU LE : 23/09/2019

EDITE LE : 24/09/2019

NOM & PRENOM : RAISS ADIL

PRESCRIPTEUR : Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA

AGE : 40 ans

Code Patient : 051149

N/REF : 90923595

ORGANE : DUODENUM-ESTOMAC

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Anémie microcytaire profonde. 1- D2: Biopsie systématique recherche d'atrophie. 2- Polype antral. 3- Antre érythème.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### I- Duodénum:

Trois fragments biopsiques mesurant entre 0,1 et 0,3 cm, inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe.

Il s'agit d'une muqueuse duodénale. Les villosités intestinales sont de hauteur normale. L'épithélium de surface est formé par des entérocytes et des cellules caliciformes régulières. Le chorion est oedémateux, congestif avec un infiltrat inflammatoire modéré à lymphocytes et plasmocytes avec de rares polynucléaires éosinophiles. Il n'est pas vu d'atrophie villositaire ni d'agent pathogène.

### II- Polype antral

Un fragment biopsique infra millimétrique est examiné. Il correspond à une muqueuse gastrique qui présente un revêtement épithélial de surface et cryptique kystique hyperplasique hypercrine, mucosécrétant régulier. Le chorion est ponctué de lymphocytes et de plasmocytes en quantité modérée. Il n'est pas observé de l'hélicobacter Pylori.

### III- Antre:

L'examen concerne deux fragments biopsiques de 0,2 cm chacun, provenant d'une muqueuse antrale. Le revêtement de surface est conservé mucosécrétant. La couche glandulaire est de densité conservée. Les glandes sont basophiles différenciées en superficie sans métaplasie intestinale ni signes de dysplasie. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire modéré fait essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes avec la présence de polynucléaires neutrophiles en quantité modérée. L'Helicobacter pylori est retrouvé en quantité modérée.

### CONCLUSION :

- Duodénum : Duodénite interstitielle modérée non spécifique. Absence d'atrophie villositaire ou d'agent pathogène.
- Polype antral: polype hyperplasique gastrique sans signes de malignité.
- Estomac: Gastrite chronique antrale modérée, non atrophique, d'activité modérée, sans métaplasie intestinale ni dysplasie à Helicobacter Pylori (++)

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomo-Pathologie

Centre de Pathologie Spécialisée

6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc Casablanca

Page 1/1



# LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES



مختبر حيزون  
للتحليلات الطبية

Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie  
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

**Docteur HAIZOUN Adil**  
**BIOLOGISTE**

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VII)

Dossier ouvert le : 21/09/19  
Prélèvement reçu à 10:07  
Edition du : 21/09/19

**Monsieur RAISS ADIL**

Réf : 19I1299

Page : 1/1

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(sur automate d'hématologie SYSMEX XS-1000i)

#### GLOBULES ROUGES

Hématies -----	3,90	* M/mm <sup>3</sup>	Normales (Homme Adulte)
Hémoglobine -----	8,0	* g/100 ml	4,3 - 5,76
Hématocrite -----	30,6	* %	13,5 - 17,2
- V.G.M. -----	78,5	* μ <sup>3</sup>	39,5 - 50,5
- T.C.M.H. -----	20,5	* pg	80 - 99
- C.C.M.H. -----	26,1	* g/100 ml	27 - 33,5
			30 - 36

#### GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----	4 440	/mm <sup>3</sup>	3900 - 10200
---------------------------------	-------	------------------	--------------

#### Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----	55,6	%	50 - 70
Soit :	2 469	/mm <sup>3</sup>	1500 - 7700
Polynucléaires Eosinophiles -----	1,1	%	1 - 3
Soit :	49	/mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----	0,2	%	< 1
Soit :	9	/mm <sup>3</sup>	< 100
Lymphocytes -----	34,5	%	20 - 40
Soit :	1 532	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----	8,6	%	1 - 10
Soit :	382	/mm <sup>3</sup>	40 - 800

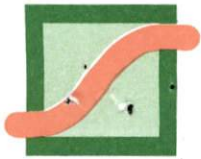
#### PLAQUETTES

Résultat -----	358 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 450000
----------------	---------	------------------	-----------------

**Ouverture :**  
**Tous les jours**  
**de 7h à 19h,**  
**Samedi**  
**de 7h à 13h**

**Prélèvements à domicile sur rendez-vous**

396, Bd. El Fida Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 28 10 61 - Gsm : 06 96 05 74 73  
Email : haizounadil@menara.ma



# مصلحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

## FIBROSCOPIE OGD

Nom: RAISS

Prénom: ADIL

Age: 23/02/1979

DATE : 21/09/2019

Opérateur : Dr EL YOUNSI

Examen Sous SEDATION

Appareil : Olympus CV 190

Clinique Dar Salam

Indication : Rectorragie avec importante déglobulisation

Glutton  
Life

LOT VFB18121309  
REF CJ-PAT-23-230

### Examen :

**Œsophage** : Normal. Le cardia anatomique est à 40 cm des AD, le cardia est à 39 cm des AD.

**Estomac** : Lac muqueux clair de faible abondance

**Fundus** : La muqueuse présente un aspect normal.

**Antre** : La muqueuse présente un discret érythème pré pylorique. Biopsies

Présence d'un petit polype sessile de 5 mm de diamètre sur la petite courbure antrale.

Ablation à la pince froide

**Bulbe** : La muqueuse présente de multiples zones congestives et érosives

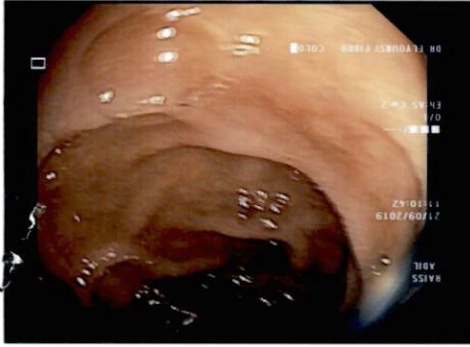
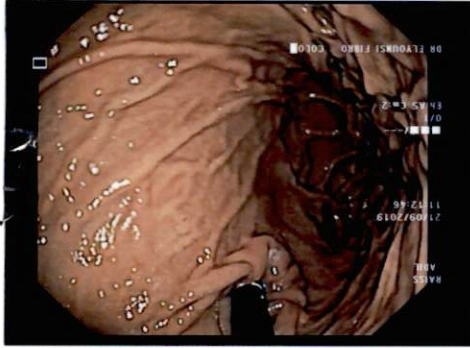
**Duodénum** : La muqueuse présente un aspect normal. Biopsies étagées

**Conclusion** : Aspect de gastrite antrale érythémateuse

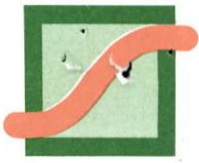
Petit polype sessile de la petite courbure antrale enlevé à la pince

Aspect de bulbite congestive et érosive

URGENCES 24 / 24







## COLOSCOPIE TOTALE

Nom : RAISS

Prénom: ADIL

Age: 23/02/1979

DATE: 21/09/2019

Examen Sous SEDATION,

Appareil : Olympus CV 180

Clinique Dar Salam

Opérateur : EL YOUNSI

**Indication :** Rectorragie avec importante déglobulisation

### Examen :

Préparation au Fortrans de bonne qualité.

Progression jusqu'au bas fond caecal.

La dernière anse iléale est normale.

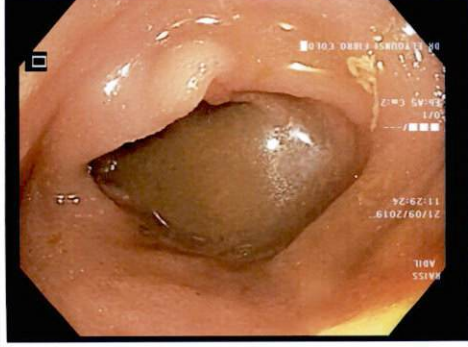
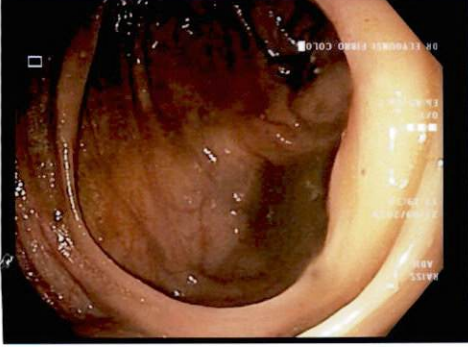
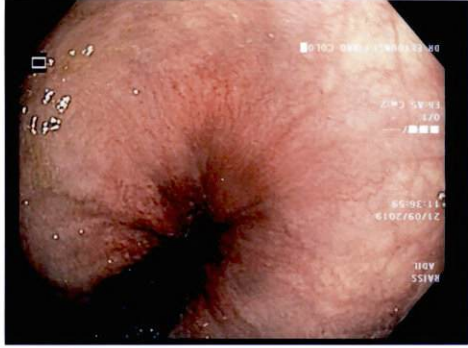
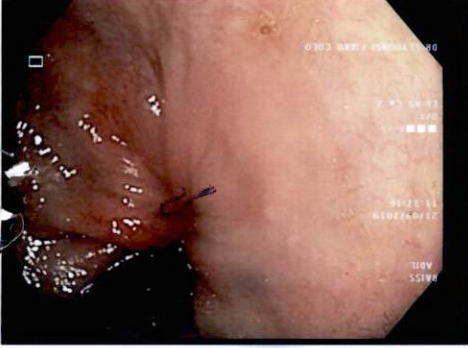
Les différents segments coliques examinés au retrait, ne présentent aucune anomalie

### Conclusion : EXAMEN NORMAL

A noter la présence de trois paquets hémorroïdaires très congestifs

Dr. EL YOUNSI Mustapha  
Hépatogastro-entérologue  
203, Boulevard Zerktouni  
Tél: 0522 36 01 74 / 74  
Fax: 0522 36 01 74

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



## CLINIQUE DAR SALAM

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 19I21084001

NOM DU PATIENT M. RAISS Adil

DATE D'ENTREE 2019-09-21 08:40:00

DATE DE SORTIE 2019-09-21 12:27:29

Signature  
Dr. RAISS Adil  
Tél: 05 21 63 08 60  
Fax: 05 21 63 08 60