

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass
(Ex Mont Cenis) Maârif
022-25 81 11/022-99 09 90 (Lignes Groupées)

130148

FACTURE

N° 925 / 2022 du 21/09/2022

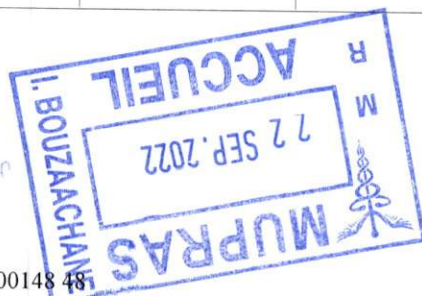
Nom patient	BALAHNA BELKACEM	Entrée 18/09/2022	Sortie 21/09/2022
Prise en charge	MUPRAS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
T.D.M THORACIQUE	1,00	Z	1 500,00	1 500,00
REANIMATION	3,00		1 800,00	5 400,00
AIDE MED. INF. K5	3,00	K	150,00	450,00
ECG	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	7 550,00
PHARMACIE	1,00		6 074,50	6 074,50
			Sous-Total	6 074,50
Total Frais Clinique				13 624,50
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. REANIMATEUR (anesthésiste)	3,00	K50	1 500,00	4 500,00
DR. FAHMI KHADIJA (pneumologue)	1,00	V3	400,00	400,00
COHEN RONALD (kine)	2,00	SEANCE	200,00	400,00
			Sous-Total	5 300,00
LABO ACHIFAA (LABO.) (bilan)	1,00	LABO	2 605,20	2 605,20
			Sous-Total	2 605,20
Total prestations externes				7 905,20

Références de la prise en charge		Total général	21 529,70
Immatriculation	N° prise en charge		
Affiliation			
Arrêtée la présente facture à la somme de :		Part organisme	
VINGT ET UN MILLE CINQ CENT VINGT-NEUF DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES		Part patient	21 529,70

Encaissements						Total encaissé	Solde
							0,00

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 45 40
D. SARAMEL



مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

22/09/22

Nom du patient : BALAHNA BELKACEM

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Mr Balahna Belkacem né en 1957 suivi pour atrophie cérébelleuse alité suivi pour hypertension traitement anti-pertenseur admis du 18/09/2022 au 21/09/2022 pour prise en charge d'une détresse respiratoire sévère avec trouble de conscience à l'admission le patient était polynique à 46 cycles par minute desaturation à l'air libre à 80 % stable sur le plan hemodynamique sur le plan neurologique il était à un score de Glasgow de 12 15e le patient a bénéficié d'un scanner thoracique en faveur d'une tuberculose pulmonaire avancée le patient à bénéficié de bilan biologique dans ce sens avec traitement antibiotique et oxygénothérapie l'évolution fut marquée par une aggravation de sa détresse neurologique et respiratoire nécessitant l'intubation ventilation avec l'introduction de drogues vasoactive le patient est décédé le 21/09/2022 à 17h suite aux complications respiratoires et hémodynamique.

Dr JANATI ADNANE
Anesthésiste - Réanimateur
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif
CASABLANCA



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BALAHNA BELKACEM		N° Facture : 925		22/2185
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
ADRENALINE 1mg Injectable (100)	3	3,43	10,29	
ANDOL 10MG Injecta (01)	6	18,80	112,80	
ATROVENT ADULTE 0.5MG/2ML Injectabl (10)	1	6,88	6,88	
CORDARONE 150 mg 3 Injectable (06)	2	9,07	18,14	
ELUDRIL 90ML Bain Bouche (01)	1	22,70	22,70	
FENTANYL 0.5 mg/10 Injecta (10)	8	19,21	153,68	
FONTACTIVE 200ML LIQUIDE Divers (01)	2	42,00	84,00	
G5% GLUCOSE 500 ml INJECTA (01)	4	25,60	102,40	
MEGAFLOX 200MG/100 Injecta (01)	8	94,10	752,80	
MIDAZOLAM 50/10 Injecta (10)	1	47,20	47,20	
MIDAZOLAM 5MG/5M Injecta (10)	4	12,64	50,56	
NORADRENALINE 8M Injecta (10)	9	75,60	680,40	
NORADRENALINE 8M Injecta (10)	1	756,00	756,00	
NOVEX 0,4 Injecta (02)	3	66,00	198,00	
OEDES 40 MG Injecta (05)	4	49,80	199,20	
ROCURONIUM 10MG Injecta (10)	1	24,40	24,40	
SERUM SALE 0,9% 500ML Injecta (01)	10	24,10	241,00	
TRIAxon 2G Injectable (01)	4	149,50	598,00	
TRICEF 1G Injecta (01)	8	104,70	837,60	
VASELINE Pommade (01)	1	15,90	15,90	
Sous-Total médicaments			4 911,95	
ASPIRATEUR DE MUCOSITE (001)	1	106,00	106,00	
BAITANET D 120ML (001)	1	19,50	19,50	
BANDE DE GAZ 10 CM (001)	1	5,00	5,00	
BANDELETTE+LANCETTE (BIONI (025)	12	4,50	54,00	
CATHETER CENTRALE 2LUMIE (001)	1	320,00	320,00	
CATHETER MOUNT 15CM (001)	1	62,00	62,00	
COMPRESSE 10*20 (05) (01)	1	10,00	10,00	
COMPRESSE 10x10/ (001)	7	8,00	56,00	
COTON HYDROPHILE 500G (008)	1	11,25	11,25	
COUCHE AD (001)	1	13,00	13,00	
ELECTRODES 50 (001)	17	2,00	34,00	
FILTRE ANTI BACTERIEN (001)	1	45,00	45,00	
GANT JETTABLE (050)	15	2,78	41,70	
INTRANULE ROSE 106.10 (001)	3	6,00	18,00	
LAMES DE BISTOURI 11/15 (100)	2	2,50	5,00	
MASQUE A OXYGENE HAUTE CENENTRATION AD	1	58,00	58,00	
MASQUES A O2 ADULTE +nubul (001)	1	42,00	42,00	
PENIFLOW (001)	1	5,50	5,50	
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	1	11,00	11,00	
PROLONGATEUR POUR SAP 1.5M (001)	3	15,00	45,00	
SAC A URINE (001)	2	8,00	16,00	
SERINGUES 01CC (001)	3	2,00	6,00	
SERINGUES 05CC (001)	13	1,50	19,50	
SERINGUES 10CC (001)	13	2,00	26,00	
SERINGUES 20CC (001)	7	2,80	19,60	
SERINGUES 50 cc (001)	4	7,50	30,00	
SONDE D INTUBATION 6au8 (001)	1	19,50	19,50	
SONDE D.ASPIRATION18/1 6/8/10 (001)	1	5,00	5,00	
SPARADRAP PRIX / 1CM 10x10 (1000)	50	0,15	7,50	
STERICRIN (001)	1	19,50	19,50	
TEGADERM 10 X 12 (001)	2	16,00	32,00	
Sous-Total consommable médical			1 162,55	
(*) Conditionnement hospitalier				
Total pharmacie			6 074,50	


 CLINIQUE MAGHREB
 70, Rue Cardinass Maarif
 Tél: 0522 998 990 / Fax: 0522 23 45 40
 CASABLANCA

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 2 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

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) 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. ☐ Inconnu

En cas de cause externe (dont intoxication) :

- Date de survenue : _____
- Lieu de survenue : _____
- 0. ☐ Domicile
- 1. ☐ Etablissement collectif
- 2. ☐ Ecole/administration publique
- 3. ☐ Lieu de sport
- 4. ☐ Voie publique
- 5. ☐ Zone de commerce/service
- 6. ☐ Local industriel/chantier
- 7. ☐ Exploitation agricole
- 8. ☐ Autre : _____
- 9. ☐ Inconnu

- Circonstances de survenue : Ex : (Platon 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 4 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 terminaison ?
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-né^(*), 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 le 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 par l'OMS est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de plus de 500 grammes.

Constataction faite par :

- 1. ☐ Médecin
- 2. ☐ Autre : _____

Signature et
 Dr. JANATI ADNANE
 Anesthésiste Réanimateur
 70, Rue Cadi Iass - Maarif
 CASABLANCA
 CLINIQUE MAGASIN
 70, Rue Cadi Iass - Maarif
 Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 23 23
 CASABLANCA

ROYAUME DU MAROC

MCE
CCa4



• Région :
• Préfecture / Province :
• Préfecture d'arrondissements :
• Commune / Arrondissement :

CERTIFICAT DE DECES

Décès survenu le : 21/09/2022 à 17h00 min. S'agit-il d'un mort-né ? ☐ Oui ☒ Non
Adresse du lieu de décès : Clinique Magreb 70 Rue Kadi Iass Maarif Casablanca
Nom : BALAHNA Prénom : BELKACEM CNIE : B94379
Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé Nationalité : Marocain
Date de naissance : 15/04/1953 Lieu de naissance : AMHELNE TIZNI
Adresse du domicile habituel : Lot Sekilia 1 rue 15 NR 8 Hay Hassan Casablanca
Y a-t-il un obstacle médico-légal ? ☐ Oui ☒ Non
N° de l'acte au registre des décès : 1232088

Signature et cachet

Partie à détacher et destinée au bureau d'état civil

Partie destinée au Ministère de la Santé

N° de l'acte au registre des décès :

Identification

Lieu de survenue du décès :

- Préfecture / Province :
- Préfecture d'arrondissements :
- Commune / Arrondissement :

Domicile habituel :

- Préfecture / Province :
- Préfecture d'arrondissements :
- Commune / Arrondissement :

Milieu 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 : Jour Mois Année

Date de naissance : Jour Mois Année

Lieu de décès : 1. ☐ Domicile

2. ☐ Hôpital public

3. ☐ Clinique privée

4. ☐ Voie publique

5. ☐ Lieu de travail

6. ☐ Autre :

Etat matrimonial : 1. ☐ Célibataire

2. ☐ Marié(e)

Nationalité : 1. ☐ Marocaine

3. ☐ Veuf (ve)

4. ☐ Divorcé(e)

5. ☐ Inconnu

2. ☐ Autre (à préciser) :

Cause du décès

PARTIE I

Indiquer la maladie ou l'état morbide ayant directement provoqué le décès sur la ligne a

a) due à

Indiquer dans leur ordre de survenue la chaîne des événements causaux (le cas échéant)

b) due à

c) due à

d) due à

Inscrire la cause initiale du décès sur la dernière ligne renseignée.

PARTIE II

Autres états morbides ayant significativement contribué au décès. (Entre chaque intervalle entre parenthèses après la maladie corr

Intervalle
processus :
(Heures,
.....)



Signature: Cher Septim...
Signature: Enghel...
Signature: ...

Signature: ...
Signature: ...
Signature: ...