

190246



190246

Le 12 janvier 2024

CL ABBADI
361, BD SIDI ABDERRAHMANE
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0002023_1955-10-05_ABDERRAHIM
N/REF : 20240120026334
Adhérent : ZEROUAL ABDERRAHIM

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de FATIHA BETTIOUI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 10450.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1850.00 MAD

Validité de prise en charge : du 12-01-2024 au 12-04-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à FATIHA BETTIOUI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.





مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

23/02/2024

MUPRAS

Casablanca, Le

FACTURE N° 00462-24

PRISE EN CHARGE N° : 20240120026334
ADHERENT : ABDERRAHIM ZEROUAL
N° IMATRICULE : ...
BENEFICIAIRE : FATIHA BETTIOUI
INTERVENTION : RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE POUR HEMODIALYSE
DATE D'ENTREE : 10/01/2024
DATE DE SORTIE : 10/01/2024

LIBELLE	QUANTITE	P.U	MONTANT
BLOC OPERATOIR	1	400,00	3 750,00 DHS
CHAMBRE			400,00 DHS
PHARMACIE			2 250,00 DHS
TOTAL CLINIQUES			6 400,00 DHS
ANESTHESIE K50			1 500,00 DHS
CHIRURGIEN K150			4 500,00 DHS
TOTAL HONORAIRES			6 000,00 DHS
TOTAL			12 400,00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de **Douze mille quatre cents Dhs**

PART ADHERENT: 1 950,00 Dhs

PART MUPRAS : 10 450,00 Dhs

BANQUE : SGMB

NUMERO DE COMPTE : 0022 780 000 130 00 076001 76 74



361, Bd. Sidi Abderrahman
Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 39 52 61/54
Fax : 05 22 39 52 70
E-mail : clinicabbadi@hotmail.fr

Patente : 34801035
I.F. : 48555273
ICE : 002715768000056
INP : 090006800

DR EL ABBADI MOHAMED SAAD
CHIRURGIEN CARDIO VASCULAIRE
361 BD SIDI ABDERRAHMANE
TEL : 0522395254/61
FAX : 0522395270

10/01/2024

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MME BETTIOUI FATIHA

OPERATEUR : DR EL ABBADI / DR EHAJI

ANESTHESISTE : DR NEJDIOUI

TYPE D'ANESTHESIE : ANESTHESIE LOCALE A LA LYDOCAINE 2%.

TITRE : INSUFFISANTE RENALE TERMINALE.
PATIENTE DIALYSEE SUR FAV RADIALE DROITE.
PIQUAGE SUR VEINE ACCESSOIRE.
THROMBOSE DU SEGMENT DES POINTS DE
PONCTION.

INTERVENTION : RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE PAR UN DOUBLE SURJET
AU PROLENE 8/0 UN ABORD ENTRE LES DEUX POINT DE POCTION.
THROMBECTOMIE EN AMONT ET EN AVALE ET UNE ANGHIOPLASTIE A LA BOUGIE
NR "3-3.5-4-4.5-ET 5MM.





مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le :

10/01/24

Le Docteur

NEJDIoui

Prie M

Be BETIoui Fatma

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Anesthésie 150

S'élevant à la somme de

1500,-

DR. NEJDIoui HICHA
ANESTHÉSISTE - REANIMATEUR

Signature :



مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le :

10/01/24

Le Docteur

El ABBADI

Prie M

Mme BETTOUJ Fatima

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Chirurgien kist

S'élevant à la somme de

4500,-



Signature :



مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le 10/01/24

TICKET MODERATEUR

Nom & Prénom : M. BEITPOU Fatig

Prise en Charge : SUPRAS

Date d'Entrée : 10/01/24

Date de Sortie : 10/01/24

Diff. Prise En Charge	1950,-
Total	12400,-

Arrêtée le Présent Ticket à la Somme de :

mille huit cent cinquante

Signature du Patient



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

10/01/204

PHARMACIE: MME BETTIOUI FATIHA

LIBELLE	QUANTITE	P.U	TOTAL
SERUM SALE	4	20.60	82.4
INTRANULE VERTE	1	3.60	3.60
ELECTRODES	3	1.50	4.5
COMPRESSES + BETADINE + SPARADRAP			24.26
DIPRIVAN	1	70.6	70.6
SERINGUE 5	4	0.80	3.2
SERINGUE 20	4	2.20	8.8
SERINGUE 10	4	1.30	5.2
MIDAZOLAM	1	12	12
GENTAMYCINE 80MG	1	9.05	9.05
EPHEDRINE	1	11.24	11.24
LOVENOX 0.2	4000UI	142.05	284.10
ACLAV 2G	1	33	33
PERFUSEUR	1	3.30	3.30
SONDE D'INTUBATION	1	12	12
SONDE D'ASPIRATION	1	2.80	2.80
OXYGENE	4H	1	240
FLYOTHANE	4H	1.12	268.8
N2O	4H	1.25	300
PROLENE 7/0	3	250	750
PROLENE 5/0	2	60	120
TOTAL : 2250.00 DHS			





مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée : 10/01/2024

Nom et prénom du patient : **BETTIOUI FATIHA** Age: **60 ans**
N° CIN du patient ou du tuteur : **WA31568**
Adresse : **23 LOT EL WAF H DEROOUA BERRECHID**
Téléphone : **0766390724**
Personne à contacter en cas d'urgence : Téléphone :
Médecin Traitant : Durée prévue d'hospitalisation :
Motif d'hospitalisation :
Affiliation à une couverture maladie : **OUI**

Attention :

En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration de maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré (si différent) : **ZEROUAL ABDERRAHIM** Lien de parenté : **Conjoint(e)**
Organisme Assureur : **MUPRAS**
Mode de paiement : **Prise en charge**
Nom et prénom (*) :
Signature :



Partie à compléter à la sortie

Date de sortie : **10/01/2024**

Durée d'hospitalisation :

Nom et prénom (*)

Signature



(*) Indique le nom et prénom du signature (le patient ou un membre de sa famille)



ENGAGEMENT

Je soussigné (e)

**BETTIQUI
FATIHA**

né (e) le **01/01/1964**

à

Berrechid

N° CIN **WA31568**

(Article 1246 du Dahir Charif) sur mes deniers (ou sur ceux de mes héritiers) les (mes) frais d'hospitalisation
N° dossier **00094-24**, entrée du **10/01/2024** au **10/01/2024**

à la (CLINIQUE ABBADI)

Vous êtes assuré (e) : **OUI**

* Organisme Assureur : **MUPRAS**

* Veuillez présenter une prise en charge dans les 48h suivant votre hospitalisation sous peine de perdre vos droits.

J'autorise les médecins de la CLINIQUE ABBADI à donner tous les soins et à pratiquer toutes les interventions chirurgicales nécessaires à son (nom) état de santé et les décharges de toute responsabilité quant aux séquelles découlant de ma prise en charge médicale.

Fait à Casablanca, Le 10/01/2024

Signature

