



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

01/05/2024

MUPRAS

Casablanca, Le

FACTURE N° 00925-24

PRISE EN CHARGE N° : 20241200028126
ADHERENT : ABDELHAMID REZKI
N° IMATRICULE : 00001063
BENEFICIAIRE : YAMINA ZENASNI
INTERVENTION : CRETAION D'UNE FISTULE ARTERIO VEINEUSE POUR HEMODIALYSE
DATE D'ENTREE : 26/04/2024
DATE DE SORTIE : 26/04/2024

23367

LIBELLE	QUANTITE	P.U	MONTANT
BLOC OPERATOIR			2 200,00 DHS
CHAMBRE	1	400,00	400,00 DHS
PHARMACIE			1 500,00 DHS
TOTAL CLINIQUES			4 100,00 DHS
ANESTHESIE K30			900,00 DHS
CHIRURGIEN K100			3 000,00 DHS
TOTAL HONORAIRES			3 900,00 DHS
TOTAL			8 000,00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de **Huit mille Dhs**

PART ADHERENT: 1 225,00 Dhs

PART MUPRAS : 6 775,00 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

203 367



Le 29 avril 2024

CL ABBADI
361, BD SIDI ABDERRAHMANE
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001063_1950-01-07_ABDELHAMID
N/REF : 20241200028126
Adhérent : REZKI ABDELHAMID

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de YAMINA ZENASNI.

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 : 6775.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1225.00 MAD

Validité de prise en charge : du 29-04-2024 au 29-07-2024.

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 YAMINA ZENASNI.

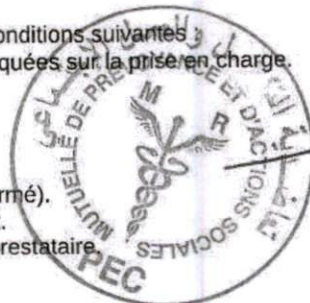
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations. *M*

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.



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

26/04/2024

COMPTE RENDU OPERATOIRE
MME ZENASNI YAMNA

OPERATEUR : DR EL ABBADI / DR EHAJI

ANESTHESISTE : DR NEJDIOUI

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

TITRE : INSUFFISANTE RENALE TERMINALE.
PATIENTE DIALYSEE PAR UN KTT DROIT.

EXAMEN REALISE : LA PHLEBOGRAPHIE MONTRE LA POSSIBILITE DE FAIRE UNE
FISTULE A DROITE.

INTERVENTION : CREATION D'UNE FISTULE ARTERIO VEINEUSE RADIALE DROITE
EN POSITION HAUTE POUR HEMODIALYSE.

Abord longitudinale de 4 cm à la hauteur de la gouttière radiale à mi-chemin entre l'artère et la veine.

Contrôle de la veine radiale en premier sur vessel-loop, elle est disséquée sur 4 cm avec ligature des collatérales au prolène 7/0.

Libération de l'artère radiale dans sa gouttière et mise en place d'une compresse imbibée de lydocaine 2% pour la levée du spasme artériel.

Héparinisation générale.

Contrôle de l'hémostase sous garrot pneumatique.

Retour sur la veine.

Ligature du bout distal au prolène 5/0, section puis phlébotomie longitudinale interne sur 1,5 cm.

L'anastomose est réalisée sur prolène 7/0, terminale sur la veine et latérale sur l'artère.

Thrill palpable après purge et déclampage.





مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le : 26/06/24

Le Docteur Nejdouli

Prie M^{me} Zeasni Yanni
d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Anesthésie 1130

S'élevant à la somme de 900

DR. NEJDILOUL HACHAM
ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

Signature :



مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le : 26/06/2024

Le Docteur EL ABBADI

Prie M^{me} ZENASNI Yassine
d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Chirurgien Uro

S'élevant à la somme de

3000,-



Signature :



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le 26/04/2024

PHARMACIE : MME ZENASNI YAMINA

LIBELLE	QUANTITE	P.U	TOTAL
GANTS	5	4.2	21
SERUM SALE	3	20.60	61.8
INTRANULE	1	3.60	3.60
ELECTRODES	3	1.50	4.5
SERINGUE 5	4	0.80	3.2
SERINGUE 20	4	2.20	8.8
SERINGUE 10	3	1.30	3.9
MIDAZOLAM	1	19.2	19.2
GENTAMYCINE 80 MG	2	9.05	18.1
EPHEDRINE	1	17.98	17.98
HIBOR 0,4	20 000UI		241
LYDOCAINE 2 %	1	10.30	10.30
PROLENE 7/0	3	250	750
PROLENE 5/0	2	60	120
ACLAV 2G	1	33	33
SPARADRAP + COMPRESSES + BETADINE OXYGENE	2H	1	35.54 160
TOTAL : 1500.00 DHS			





مصلحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée : 26/04/2024

Nom et prénom du patient : **ZENASNI YAMINA** Age: **68 ans**
N° CIN du patient ou du tuteur : **B213245**
Adresse : **CITE DE LA COMMUNE BLOC 2 NR 112 H CASA**
Téléphone : **0619859092**
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) : **REZKI ABDELHAMID** 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 : **26/04/2024**

Durée d'hospitalisation : _____

Nom et prénom (*) : _____

Signature : _____



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

Cette carte est la propriété de Royal Air Maroc. Elle est strictement personnelle et non cessible. Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires.