



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

01/05/2024

MUPRAS

Casablanca, Le

FACTURE N° 00925-24

23367

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

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 : clinikabbadi@hotmail.fr

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

203 36 X



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.

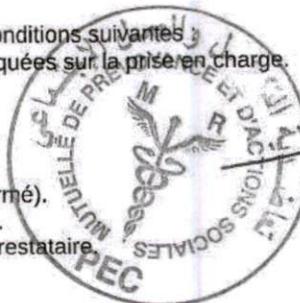
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

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 ECHAJI

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 :

26/04/21

Le Docteur

Nejdioui

Prie M^{me}

Zouaoui Yamine

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 NEJDIoui HACHAM
ANESTHÉSISTE REANIMATEUR
Signature :



مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, le :

26/04/2024

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 tupper

3000,-

S'élevant à la somme de



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 +			35.54
COMPRESSES + BETADINE			
OXYGENE	2H	1	160
TOTAL : 1500.00 DHS			





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)



