

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Pour le

- 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 prothèse ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection | enqute Durte AID et AIC

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Adresses Mails utiles**

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-422361

N°D: 14372

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	08550	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dousji FOUAD			
Date de naissance : 18.04.1962			
Adresse : Immeuble TABA - Bureau Royal Air Maroc			
Tél. : 01996.003030	Total des frais engagés 212000.34590F		

Cadre réservé au Médecin	
DOCTEUR Melvin Médecin Généraliste CLINIQUE BIASA Tél: 22 21 11 37 / 66 37 05 57	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 11/10/2019	
Nom et prénom du malade : Dounji Fouad	
Age : 20	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent	
Nature de la maladie : Syndrome grippal	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 	

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 : La Baie

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ~~21/10/2019~~

RELEVE 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
11.10.19 CS			CLINIQUE BIASA 100000 CFA	INP : <input type="text"/> PAYÉ Merci

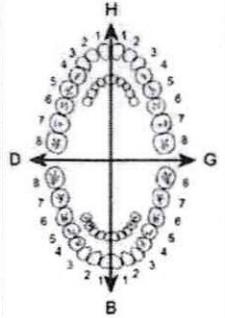
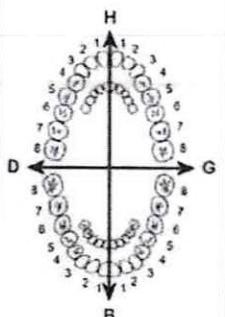
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PAYÉ PHARMACIE HORIZON	11-10-19	3590 F CFA

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.10.19	Analyses	21.000 F

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

MEDECINE GENERALE - PEDIATRIE - RHUMATOLOGIE - UROLOGIE - NEUROLOGIE - RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE
GYNECOLOGIE - ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE - STERILITE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

LOME, LE

11/05/19

1 -

JUVATINNE e 1000

3590

3590

et compléte le matin -



QUIST Melvin
Médecin Généraliste
CLINIQUE BIASA
Tél: 22 21 11 37 / 96 27 25 57

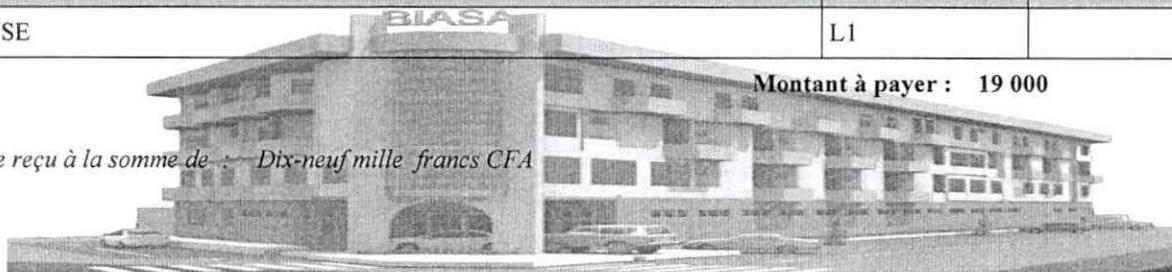
Rue Adabawere (Ex 30, Rue Pasteur BAËTA) - B.P. 2160 - Tél.: +228 22 21 11 37 - +228 22 53 37 37 - Mob: +228 96 37 25 57 / LOME - TOGO
Arrêté d'Autorisation N°19/MSPAS du 30 Mai 1984 - Compte BTCI 9030030630160
E-mail : biasa@cliniquebiasa.org / cliniquebiasa@yahoo.fr - www.cliniquebiasa.org



Nous prenons soin de la Vie

<i>Reçu N° : 019/411076</i>		<i>Code opérateur : 10003833</i>	
Patient(e)	DOUIJI Fouad	PID : 10077205	
Acte		Code	Montant(FCFA)
ANALYSE		L1	19 000

Arrêté ce reçu à la somme de : Dix-neuf mille francs CFA



Montant à payer : 19 000

Fait à Lomé, le 11 Octobre 2019

Signature



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org



Nous prenons soin de la Vie

<i>Reçu N° : 019/411059</i>		<i>Code opérateur : 10003833</i>	
Patient(e)	DOUIJI Fouad	PID : 10077205	
Acte		Code	Montant(FCFA)
CONSULTATION		C3	10 000

Arrêté ce reçu à la somme de : Dix mille francs CFA

Montant à payer : 10 000



Fait à Lomé, le 11 Octobre 2019

Signature



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org



Nous prenons soin de la Vie

<i>Reçu N° : 019/411078</i>		<i>Code opérateur : 10003833</i>	
Patient(e)	DOUIJI Fouad	PID : 10077205	
Acte		Code	Montant(FCFA)
ANALYSE		L1	2 000

Arrêté ce reçu à la somme de : Deux mille francs CFA



Montant à payer : 2 000

Fait à Lomé, le 11 Octobre 2019

Signature



30, Rue Pasteur BAETA - BP. 2160 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

Email: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

CLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
 ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008

Référence ENR026 PR3.3 Version 03 Date d'application 21/01/2016



Nous prenons soin de la Vie

Compte rendu d'analyses

Service	Prescripteur QUIST Melvin	Titre Docteur	Contact
N° dossier LBM	32 424	Date de naissance	18/04/1960
Code barres		Age	59 an(s) 05 mois 23 jour(s)
N° dossier clinique		Sexe	M
Nom et prénom(s)	DOUIJI Fouad	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epouse		Contact	
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitements	
Syndrome grippal		Non mentionné	

Catégorie d'analyse **BIOCHIMIE SANGUINE** Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse **METABOLISME DES PROTÉINES SERIQUES/INFLAMMATION**

Date demande 11/10/2019 Date prélèvement 11/10/2019 Heure prélèvement 15:45 Heure réception 16:11 Date examen 11/10/2019

Technique Immuno-turbidimétrie Appareil COBAS c 311 (B) Date résultat 11/10/2019

Heure	Paramètre	Res. SI	Ref.H	S.I.	Res. SI	Ref.H	S.I.	Antér.	Dte ant.
16:52	CRP >	4,59	0-0,5	mg/dl	46	0-5	mg/l		

Interprétation

Taux de CRP élevé.

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
KPOTSRA Amatépé
Pharmacien Biologiste

Libellé

Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !

30, Rue Pasteur BAETA - LOME - TOGO

Tel: 22 21 11 37/22 21 11 60/Fax: +228 22 22 11 60

Email: biasa@cliniquebiasa.org

Consultation tous les jours ouvrables de 8h à 12h et de 15h à 20h; le samedi de 8h à 13h; et sur rendez-vous / Urgences assurées 24h/24

Nombre de lignes : 1

WinLabX - Copyright © 2006-2016 KPOTSRA A. K. - Tous droits réservés

12/10/2019 13:03

Compte rendu
d'analysesCLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008

Service	Prescripteur QUIST Melvin	Titre Docteur		Contact
N° dossier LBM	32 424	Date de naissance	18/04/1960	
Code barres		Age	59 an(s) 05 mois 23 jour(s)	
N° dossier clinique		Sexe	M	
Nom et prénom(s)	DOUIJI Fouad	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact		
Homonymie	1	Traitement		
Renseignements cliniques		Non mentionné		
Syndrome grippal				

Catégorie d'analyse **PARASITOLOGIE SANGUINE** Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse **RECHERCHE ET NUMERATION DE PLASMODIUM**

Date demande 11/10/2019 Date prélèvement 11/10/2019 Heure prélèvement 15:45 Heure réception 16:11 Date examen 11/10/2019
Technique Goutte épaisse Appareil MICROSCOPE Date résultat 11/10/2019

Heure	Paramètre	Résultat	ST	Réf H.S.T.	S.T.
17:00	Résultats recherche	Négative			
17:00	Densité parasitaire			0	P/ μ L

Interprétation	Commentaires	Signataire
		CLINIQUE BIASA KPOTSRA Ameloté Pharmacien Biologiste
		Libellé

Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !

Service	Prescripteur QUIST Melvin	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	32 424	Date de naissance	18/04/1960	
Code barres		Age	59 an(s) 05 mois 23 jour(s)	
N° dossier clinique		Sexe	M	
Nom et prénom(s)	DOUIJI Fouad	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact		
Homonymie	1			
Renseignements cliniques			Traitemen	
Syndrome grippal			Non mentionné	

Catégorie d'analyse HEMATO-CYTOLOGIE Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse **NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)**

Validation technique DJEGNO Kodjovi

Date demande 11/10/2019 Date prélèvement 11/10/2019 Heure prélèvement 15:45 Heure réception 16:11 Date examen 11/10/2019
Technique Mesure d'impédance Appareil SYSMEX XN Date résultat 11/10/2019

Heure	Paramètre	Rés. ST	Ref H-ST	U.S.T.	Rés. ST	Ref H-ST	U.S.T.	Antér.	Dte ant.
16:20	NUMERATION ET CONSTANTES GLOBULAIRES								
16:20	Leucocytes	6,60	4 - 10	10p3/mm3	6,60	4 - 10		G/L	
16:20	Hématies >	5,60	4,5 - 5,5	10p6/mm3	5,60	4,5 - 5,5		T/L	
16:20	Hémoglobine	15,70	13-17	g/dL	10,00	8 - 11		mmol/L	
16:20	Hématocrite	47,30	40-54	%	0,47	0,40 - 0,54		L/L	
16:20	VGM	84,90	82 - 98	μ3	84,90	82 - 98		fL	
16:20	TCMH	28,20	27-32	pg	2,00	1,7 - 2,0		fmoL	
16:20	CCMH	33,20	32-37	g/dL	2,00	2,0 - 2,3		mmol/L	
16:20	ASPECTS MORPHOLOGIQUES								
16:20	Morphologie des hématies	0,00			0,00				
16:20	NUMERATION DES PLAQUETTES								
16:20	Plaquettes	196,00	150 - 500	10p3/mm3	196,00	150 - 500		G/L	
16:20	FORMULE ET NUMERATION LEUCOCYTAIRES								
16:20	P. Neutrophiles	58,30		%	58,30			%	
16:20	Num. Neutrophiles	3,80	2,0 - 7,5	10p3/mm3	3,80	2,0 - 7,5		G/L	
16:20	P. Eosinophiles	0,90		%	0,90			%	
16:20	Num. Eosinophiles	0,10	0 - 0,4	10p3/mm3	0,10	0 - 0,4		G/L	
16:20	P. Basophiles	0,20		%	0,20			%	
16:20	Num. Basophiles	0,00	0 - 0,2	10p3/mm3	0,00	0 - 0,2		G/L	
16:20	P. Monocytes	15,90		%	15,90			%	
16:20	Num. Monocytes	1,00	0,2 - 1	10p3/mm3	1,00	0,2 - 1		G/L	
16:20	P. Lymphocytes	24,70		%	24,70			%	
16:20	Num. Lymphocytes	1,60	1 - 4	10p3/mm3	1,60	1 - 4		G/L	

Morphologie des hématies: 0 = Normale; 1 = Microsphérocytes; 2 = Drépanocytes; 3 = Hématies en cible; 4 = Elliptocytes; 5 = Schizocytes

Interprétation

Commentaires

Signataire

Hemogramme normal.

CLINIQUE BIASA
KPOTSRA Bimetepé
Pharmacien Biologiste

Libellé

Les paramètres faisant l'objet d'une sous-traitance sont précédés du symbole !

LBM	BULLETIN DE PRESCRIPTION D'ANALYSE	Référence : ENR039 PR3.1 Version : 04 Date : 25/09/2015 Page : 1 sur 1
------------	---	---

Informations Prescripteur

Nom : **DR HIST Melvin** Médecin Généraliste
Adresse / contact : **CLINIQUE BIASA**
Signature : **Tél: 22 21 11 37 / 22 21 11 60 / Fax: 22 22 11 60**

Date : **11/10/19**

Titre :

Urgence : Oui Non

Informations patient

Numéro dossier : **Bouiji**

Nom : **Touad** Nom de jeune fille :

Prénoms : **Sexe : Masculin** Féminin
Hospitalisé : Oui Non

Date de naissance : **18/04/60**

Renseignements Cliniques : **Symptôme grippal.**

Traitements en cours :

Analyses demandées

SANG	URINES	AUTRES
1	9000	1 = 19 000
2	6500	2
3	2500	3
4	prélèvement	4
5	1000	5
6		6
7		7
8		8

32424

Demande d'historique des résultats

Paramètres concernés : Du Au

Accord client pour une éventuelle sous-traitance ou informations complémentaires ajoutées

Oui Non Signature :

Revue de contrat réalisée par : Signature :

Informations prélèvement

Préleveur (Nom et Prénoms) : **ADONU A**

Prélèvement réalisé par le patient lui-même

Type de prélèvement : Sanguin Urinaire PL Autres : **Doigt**

Site anatomique : Pli du coude Avant-bras Dos de la main Autres :

Date de prélèvement : **11/10/19** Heure : **15H45'**

Informations laboratoire

Date de réception du prélèvement : **11/10/19** Heure de réception : **16H15**

Prélèvement réceptionné par (Nom et Prénoms) : **MENSAH / AK**

Conformité : Oui Non

Commentaires :

PHARMACIE HORIZON

165, BOULEVARD DU 13 JANVIER NYEKONAKPOE - FACE SAPEURS POMPIERS
LOMÉ-TOGO LOMÉ-TOGO

TEL : (228) 22 20 42 42

No VEN2019-10-00578645 le 11/10/2019 à 15:58 - Encaissée

CLIENT : ,

Vendeur : AZIZA

JOUVAMINE VIT C 1000 CPR EFFU30 3590,00x1 3590,00

TOTAL 3590,00 CFA

MODE REGLEMENT : ESPECES

REGLE : 10000,00

NET A PAYER : 3590,00

RENDU : 6410,00

BONNE GUERISON ET MERCI DE VOTRE VISITE.