

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 remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-422361

N°D: 14372

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02550 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUJI FOUAD

Date de naissance : 18.04.1960

Adresse : Immeuble TARA Bureau Royal Air Maroc

Tél. : 0522 21 00 30 30 Total des frais engagés : 34590F DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2019

Nom et prénom du malade : DOUJI Fouad

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA Le : 11/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

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

[illegible][illegible]

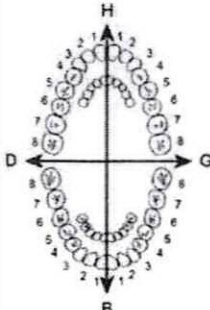
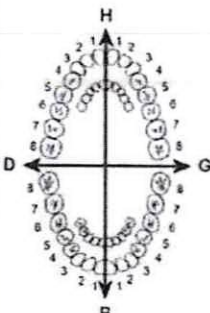
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> H <table border="0"> <tr> <td>35539412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00030000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			35539412	21433552	00000000	00000000	D	G	00030000	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35539412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00030000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr Moussi Fouad



Nous prenons soin de la Vie

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

LOME, LE

11/10/19

3590

1- JUVAMINE c 1000

) 1/10

à compléter le matin.



QUIST MOVIN
Médecin Généraliste
CLINIQUE BIASA
Tél: 22 21 11 37 / 96 37 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

Consultation tous les jours ouvrables : de 8h à 20h, le Samedi de 8h à 13h et sur rendez-vous
Urgences assurées 24h/24



Nous prenons soin de la Vie

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

Montant à payer : 19 000

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



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

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

Montant à payer : 10 000

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



Fait à Lomé, le 11 Octobre 2019



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

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

Montant à payer : 2 000

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



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)	DOUJI Fouad	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact		
Homonymie	1			
Renseignements cliniques		Traitement		
Syndrome grippal		Non mentionné		

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

Classe d'analyse **METABOLISME DES PROTÉINES SÉRIQUES/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. ST	Réf. H	S. T	Res. SI	Réf. H/SI	Inc.	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 Ametépé
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 KPOTSRAA. K. - Tous droits réservés

12/10/2019 13:03

12/10/2019

Compte rendu d'analyses

CLINIQUE BIASA LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

ARRETE N° 0121/08/MS/CAB/DGS/DPLET du 30/06/2008



Nous prenons soin de la Vie

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	Traitement			
Syndrome grippal	Non mentionné			

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	Res. ST	Réf H. ST	S.T.
17:00	Résultats recherche	Négative		
17:00	Densité parasitaire		0	P/μL

Interprétation

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
 KPOTSRA Ametépé
 Pharmacien Biologiste

Libellé

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

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				
Syndrome grippal	Non mentionné			

Catégorie d'analyse **HEMATO-CYTOLOGIE**

Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse **NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)**
 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	S: T	Rés: SI	Ref: H: SI	Inc: I	S: I	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/		
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/		
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

Hémo gramme normal.

 CLINIQUE BIASA
 KPOTSRA Imetépé
 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

Date : 11/10/19

Nom : **QUIST Melvin** Titre :

Adresse / contact : **CLINIQUE BIASA**

Signature : **Tél: 22 21 11 37 / 96 37 08 97** Urgence : Oui ☐ Non ☐

Informations patient

Numéro dossier :

Nom : **Bouji** Nom de jeune fille :

Prénoms : **Foua** Contact :

Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

Hospitalisé : Oui ☐ Non ☒

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

Renseignements Cliniques : **Syndrome grippal.**

Traitement en cours :

Analyses demandées

SANG

1 **NFS**
2 **ORP**
3 **CE**
4
5
6
7
8

URINES

1 **9000**
2 **6500**
3 **2500**
4
5 **prélèvement**
6
7
8

AUTRES

1 **19 000**
2
3
4
5 **1000**
6
7
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 D**

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 : **16h47**

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

Conformité : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

VA
PHARMACIE HORIZON

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

TEL : (228) 22 20 42 42

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

CLIENT :

Vendeur : AZIZA

JUVAHINE 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 GUDRISON ET MERCI DE VOTRE VISITE.