

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 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 prothèses ou de traitement canalaires.

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.

N° W21-723655

152065

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 71686	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHOUCH BRAHIM			
Date de naissance : 16/05/1970			
Adresse : TO GO			
Tél. : +228 96 00 2828 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr EHON Ata Edem Médecin Généraliste Tel: 22 21 11 37 / 96 37 25 52 CLINIQUE BIASA			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : OULHOUS KHADIJA Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AIG			
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

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
26/11/2014	CS		100000	INPI Dr PHON ASA Médecin Généraliste Tel: 22 21 11 37 / 06 17 25 92 CLINIQUE ASA 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PAYÉ HARMACIE HORIZON	20/12/2022	GF 15 FCFA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LINIQUE BIASA Tél. 22-1111 BP. 2160 LOME Laboratoire	24/12/2022	Analyses	32.000 Fcfa

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nous prenons soin de la Vie

<i>Reçu N° : 022/52187</i>		<i>Code opérateur : 10006747</i>	
Patient(e)	OLUHOUS Khadija	PID : 10125804	
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 26 Décembre 2022



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

00110005 Khadja

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

LOME, LE 20/12/2022

① Doliprane 40g 1070 20,85

Step x 3/8

② Papofer 4g 2525 20,15

1cp x 3/8

③ swich 200g 6120 0,15

1cp x 2/8

T = 9715

pharmacie HORIZON
 Tél. 90 56 52 56 - 97 61 27 27

PAYÉ Merci

Dr EHON Maïden
 Médecin Généraliste
 022211137 / 9637255
 CLINIQUE BIASA

RCCM : TGLOM 2019M330 CNSS : 4989 NIF : 1000 115 947

9, Rue ADABAWERE (Ex rue Pasteur BAETA) -01 BP:2160-Lomé-TOGO

Tél: (+228) 22211137 | 22533737 | 96181796 | Ambulance & Urgences: 96372552

E-mail : biaса@cliniquebiasa.org / www.cliniquebiasa.org

RDV Vendredi 23/12/2022 à 11h

30.000 F



Nous prenons soin de la vie

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

LOME, LE

20/12/2022

BULLETIN D'EXAMENS

Nom : OULHOUS Prénoms : K hadjia

Age / Date de naissance : 20/03/1982 Sexe : M F

Traitements en cours :

Renseignements Cliniques : Constipation + dix
au flanc droit

Examens demandés : Echographie abdominale



RCCM : TGLOM 2019M330 CNSS : 4989 NIF : 1000 115 947

9, Rue ADABAWERE (Ex rue Pasteur BAETA)-01 BP:2160-Lomé-TOGO

Tél: (+228) 2211137 | 22533737 | 96181796 | Ambulance & Urgences: 96372552

E-mail : biasa@cliniquebiasa.org / 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

<i>Reçu N° : 022/51854</i>		<i>Code opérateur : 10115002</i>	
Patient(e)	OULHOUS Khadija	PID : 10125804	
Acte		Code	Montant(FCFA)
Echographie Abdominale		RX55	30 000

Montant à payer : 30 000

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

Fait à Lomé, le 23 Décembre 2022

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

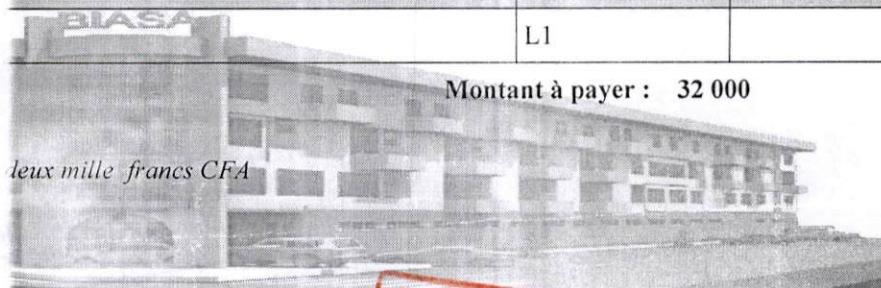
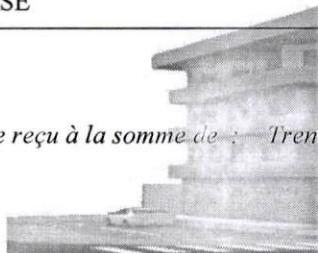


Nous prenons soin de la Vie

	<i>Reçu N° : 022</i>	1452	<i>Code opérateur : 10003194</i>	
Patient(e)	OUULHOUS	Chadija		PID : 10125804
Acte			Code	Montant(FCFA)
ANALYSE			L1	32 000

Arrêté ce reçu à la somme de : Tren

deux mille francs CFA



Montant à payer : 32 000



Fait à Lomé, le 21 Décembre 2022

Signature

30, Rue Pasteur BAETA - BP.

60 ? Tél. +228 22 21 11 37 - +228 22 21 11 60 - Fax : +228 22 22 11 60 / LOME ? TOGO

E-mail: biasa@cliniquebiasa.org / clinicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

CLINIQUE BIASA
Laboratoire de Biologie Médicale
Retrait des Comptes-Rendus d'Analyse
Retrait Partiel le / /
Retrait du Reste le 26/12/22 ECR

26/12/22 ANHOO ✓
26/12/22 ECR ✓

LBM

**BULLETIN DE
PRESCRIPTION D'ANALYSE**

Référence : ENR039 PR3.1
Version : 05
Date : 10/04/2019
Page : 1 sur 1

Informations prescripteur

Date: 20/12/2019

Nom : DR. A. Ede..... Titre :

Adresse / contact : Généraliste

Signature : Tel: 2221137/2253737/9637255

Urgence : Oui Non

Informations patient

Numéro dossier :

Nom : OULHOUS..... Nom de jeune fille :

Prénoms : K. hadiye..... Contact : 98002808

Sexe : Masculin Féminin

Hospitalisé : Oui Non

Date de naissance : 20-03-1982

Renseignements cliniques : Toulon

Traitements en cours :

Analyses demandées

SANG

1. NFI
2. VLP
3. CRP
4. glycémie
5.
6.
7.

8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

1. ECRBU
2.
3.

URINES

1. ECRBU
2.
3.

AUTRES

82297

32000

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) : KOTOTCHIE

Prélèvement réalisé par le patient lui-même

Type de prélèvement : Sanguin Urinaire PL Autres:

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

Date de prélèvement : 21/12/2019 Heure: 8h18hs0

Transport réalisé par : Adegistr Heure 8h57 Signature

Informations laboratoires

Date de réception du prélèvement : 21/12/2019 Heure de réception : 9h04

Prélèvement réceptionné par (Nom et prénoms) : AZIANKALAC

Conformité: Oui Non Commentaires:

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

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre Docteur	Contact
N° dossier LBM	87 797	Date de naissance	20/03/1982
Code barres		Age	40 an(s) 09 mois 01 jour(s)
N° dossier clinique		Sexe	F
Nom et prénom(s)	OULHOUS Khadija	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epouse		Contact	96-00-28-28
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitement	
Bilan		Non mentionné	

Catégorie d'analyse BACTERIOLOGIE URINAIRE Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE URINAIRE (ECBU)

Date demande 20/12/2022 Date prélèvement 21/12/2022 Heure prélèvement 08:50 Heure réception 09:04 Date examen 21/12/2022
Technique Analyses macroscopique et microscopique, culture et antibiographe Appareil VITEK 2/15 Date résultat 22/12/2022

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H ST	S.T.
10:05	ASPECT MACROSCOPIQUE			
10:05	Observations	Trouble		
10:05	EXAMEN MICROSCOPIQUE			
10:05	Etat frais entre lame et lamelle	-		
10:05	Numération/ml	Leucocyte = 10p5/ml Hématie = 00/ml		
10:05	Examen du culot urinaire	-		
10:05	CULTURE			
10:05	Résultats de culture	Culture polymicrobienne		

Interprétation

Prélèvement à refaire dans de meilleures conditions d'asepsie.

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
Dr MINOZA Alida Passanyegue
epse GILLIO
Pharmacienne Biologiste Médicale
T: 22 21 11 37 / 96 Libellé 52

CLINIQUE BIASA

30, RUE Pasteur BETA B.P. 2160 TEL. 228 22 21 11

37

Telephone: +228 22 21 11 60

Fax: +228 22 22 11 60

Site internet: WWW.cliniquebiasa.org



Nom: OULHOUS, KHADIJA

ID: 20221223-121630-A844

Age: 38Ans

Sexe: Homme

Abdomen adul.

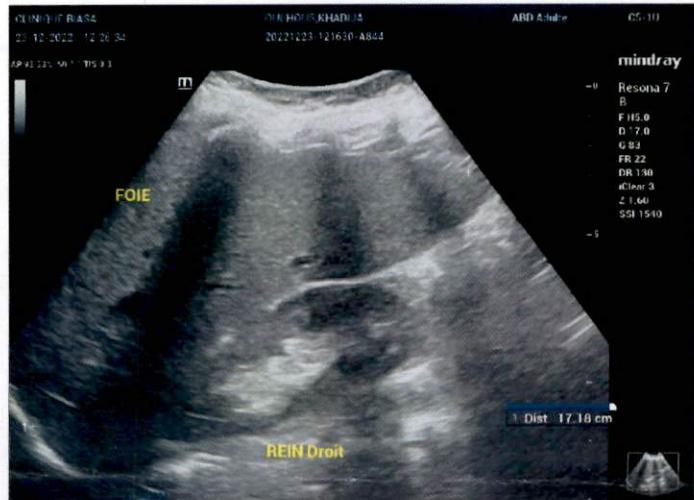
Date exam: 23/12/2022

Equipement utilisé: MINDRAY Resona 7

Opérateur: DR AMEBOUBE K. S.

Abdomen - 1 / 2 Page

Image ultrason



Nom: OULHOUS,KHADIJA

ID: 20221223-121630-A844 **Age:** 38Ans **Sexe:** Homme



Abdomen adul.

Date exam: 23/12/2022

Abdomen - 2 / 2 Page

Image ultrason.



Comment.:

Signature:

Date sign.:

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	87 797	Date de naissance	20/03/1982	
Code barres		Age	40 an(s) 09 mois 01 jour(s)	
N° dossier clinique		Sexe	F	
Nom et prénom(s)	OULHOUS Khadija	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
Epouse		Contact	96-00-28-28	
Homonymie	1			
Renseignements cliniques		Traitemen		
Bilan			Non mentionné	

Catégorie d'analyse HEMATO-CYTOLOGIE Validation technique DJEGNO Kodjovi

Classe d'analyse NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)

Validation technique DJEGNO Kodjovi

DJEGNO Kodjovi

Date demande 20/12/2022 Date prélèvement 21/12/2022 Heure prélèvement 08:50 Heure réception 09:04 Date examen 21/12/2022
Technique Mesure d'impédance Appareil SYSMEX XN Date résultat 21/12/2022

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf F ST	S.T.	Rés. SI	Réf F SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
10:13	NUMERATION ET CONSTANTES GLOBULAIRES									
10:13	Leucocytes	7,50	4 - 10	10p3/mm3	7,50	4 - 10		G/L		
10:13	Hématies	4,40	4 - 5	10p6/mm3	4,40	4 - 5		T/L		
10:13	Hémoglobine	12,70	11,5-15	g/dL	8,00	7,1-9,3		mmol/		
10:13	Hématocrite	37,50	37-47	%	0,38	0,37 - 0,47		L/L		
10:13	VGM	86,20	82 - 98	μ3	86,20	82 - 98		fL		
10:13	TCMH	29,20	27-32	pg	2,00	1,7 - 2,0		fmoL		
10:13	CCMH	33,90	32-37	g/dL	2,00	2,0 - 2,3		mmol/		
10:13	ASPECTS MORPHOLOGIQUES									
10:13	Morphologie des hématies	0,00			0,00					
10:13	NUMERATION DES PLAQUETTES									
10:13	Plaquettes	208,00	150 - 500	10p3/mm3	208,00	150 - 500		G/L		
10:13	FORMULE ET NUMERATION LEUCOCYTAIRES									
10:13	P. Neutrophiles	55,80		%	55,80			%		
10:13	Num. Neutrophiles	4,20	2,0 - 7,5	10p3/mm3	4,20	2,0 - 7,5		G/L		
10:13	P. Eosinophiles	5,10		%	5,10			%		
10:13	Num. Eosinophiles	0,40	0 - 0,4	10p3/mm3	0,40	0 - 0,4		G/L		
10:13	P. Basophiles	0,40		%	0,40			%		
10:13	Num. Basophiles	0,00	0 - 0,2	10p3/mm3	0,00	0 - 0,2		G/L		
10:13	P. Monocytes	7,40		%	7,40			%		
10:13	Num. Monocytes	0,60	0,2 - 1	10p3/mm3	0,60	0,2 - 1		G/L		
10:13	P. Lymphocytes	31,30		%	31,30			%		
10:13	Num. Lymphocytes	2,40	1 - 4	10p3/mm3	2,40	1 - 4		G/L		

Classe d'analyse VITESSE DE SÉDIMENTATION GLOBULAIRE (VS)

Date demande 20/12/2022 Date prélèvement 21/12/2022 Heure prélèvement 08:50 Heure réception 09:04 Date examen 21/12/2022
Technique Sédimentation en tube Appareil CHRONOMETRE Date résultat 21/12/2022

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf F ST	S.T.	Rés. SI	Réf F SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
11:55	VS >	52,00	0-20	mm/h	52,00	0-20		mm/h		

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

Interprétation

Commentaires

Signataire

Hemogramme normal
vs acétoïde

CLINIQUE BIAS.
MINOZA Alida Passa
épso-CHILLO
Infirmière Biologiste IV
24 11 37 / 96 3°

Libellé

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

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



Compte rendu d'analyses

Service	Prescripteur EHON ATA EDEM	Titre Docteur	Contact
N° dossier LBM	87 797	Date de naissance	20/03/1982
Code barres		Age	40 an(s) 09 mois 01 jour(s)
N° dossier clinique		Sexe	F
Nom et prénom(s)	OLHOUS Khadija	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Epouse		Contact	96-00-28-28
Homonymie	1		
Renseignements cliniques		Traitement	
Bilan			Non mentionné

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

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

Date demande 20/12/2022 Date prélèvement 21/12/2022 Heure prélèvement 08:50 Heure réception 09:04 Date examen 21/12/2022

Technique Immuno-turbidimétrie Appareil COBAS c 311 (B) Date résultat 21/12/2022

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf F ST	S.T.	Rés. SI	Réf F SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant
12:24	CRP >	2,03	0-0,5	mg/dL	193	0-48		nmol/L		

Classe d'analyse **METABOLISME GLUCIDIQUE**

Date demande 20/12/2022 Date prélèvement 21/12/2022 Heure prélèvement 08:50 Heure réception 09:04 Date examen 21/12/2022

Technique Enzymatique Appareil COBAS c 311 (B) Date résultat 21/12/2022

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf F ST	S.T.	Rés. SI	Réf F SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant
12:24	Glycémie à jeun**	101,30	74-106	mg/dl	6	4-6		mmol/l		

Interprétation

Commentaires

Signataire

CLINIQUE BIASA
 Dr MINOZA Aïda Passany
 epseGRMIO
 Pharmacienne Biologiste Méd
 22 21 11 37 / 96 37 2
 Libelle

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole **
 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 : 2

WinLabX - Copyright © 2006-2016 KPOTSRAA K. - Tous droits réservés

21/12/2022 17:40

VA

PHARMACIE HORIZON

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

TEL : (228) 22 20 42 42

NO VEN2022-12-00851722 le 20/12/2022 a 12:04 - Encaissée

CLIENT:

Vendeur : SERGE

Caissier : HENRIETTE_CAISSIERE

DOLIPRANE 1000MG CPR EFFU B/8	1070,00x1	1070,00
PAPOFFER COMP. EFF. B/20	2525,00x1	2525,00
SWICH 200MG CP B/10	6120,00x1	6120,00
TOTAL		9715,00 CFA

MODE REGLEMENT : ESPECES

REGLE :	10000,00
NET A PAYER :	9715,00
RENDU :	285,00

BONNE GUERISON ET MERCI DE VOTRE VISITE.