

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-723655

152065

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 77686 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUC BRAHEM

Date de naissance : 16/05/1970

Adresse : Togo

Tél. : +228 96 00 2828

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EHON Ata Edem
Médecin Généraliste
Tél: 22 21 11 37 / 96 37 25 52
CLINIQUE BIASA

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : OULHOS KHADIJA Age: 40

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

Nature de la maladie : F19

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PAYE PHARMACIE HORIZON	30/12/2022	9F15 F CFA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE BIASA Tél. 22-11112 BP. 2160 Laboratoire	21/12/22	Analyses	32000 fcs
		2/22 Echo Abdo	30000 fcs

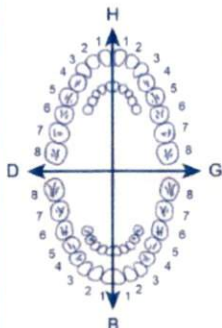
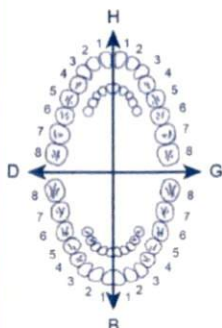
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nous prenons soin de la Vie

Reçu N° : 022/52187		Code opérateur : 10006747	
Patient(e)	OULHOUS 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

Signature

CLINIQUE BIASA
PATIE Merci

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

BOLITHOUS Khadya

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 cp 1g 1070 2016

1cp x 3/j

② Papoffen cp 2525 2016

1cp x 3/j

③ swich 200 J 6120 2016

1cp x 2/j

T = 9715

Pharmacie HORIZON
Tél. 90 56 52 56 - 97 51 27 27

PAYÉ Merc

Dr EHON Marden
Médecin Généraliste
22 21 11 37 / 96 37 25 5
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 : biasa@cliniquebiasa.org / www.cliniquebiasa.org

RDV Vendredi 23/12/2022

30.000 F



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 : OULHOU S Prénoms : Khadija

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

Traitement en cours :

Renseignements Cliniques : Constipation + dbr
au flanc droit

Examens demandés : Echographie abdominale

Dr. HONATA Ede
Médecin Généraliste
Tél: (+228) 22 11 137 / 96 37 255
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) 22 11 137 / 22 53 37 37 | 96 18 17 96 | Ambulance & Urgences : 96 37 25 52
E-mail : biassa@cliniquebiassa.org / www.cliniquebiassa.org

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

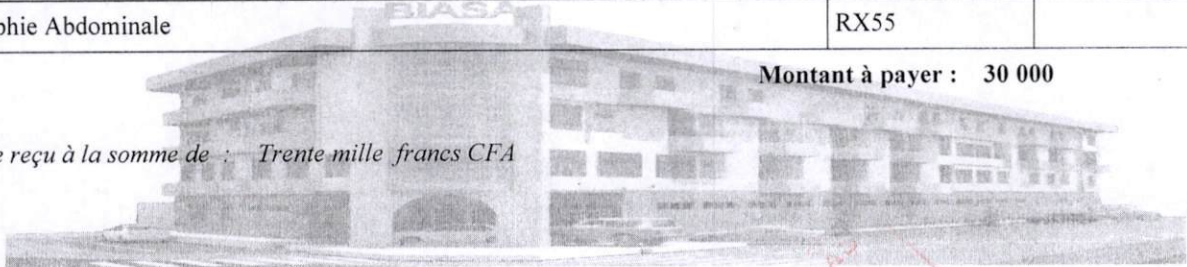


Nous prenons soin de la Vie

Reçu N° : 022/51854		Code opérateur : 10115002	
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

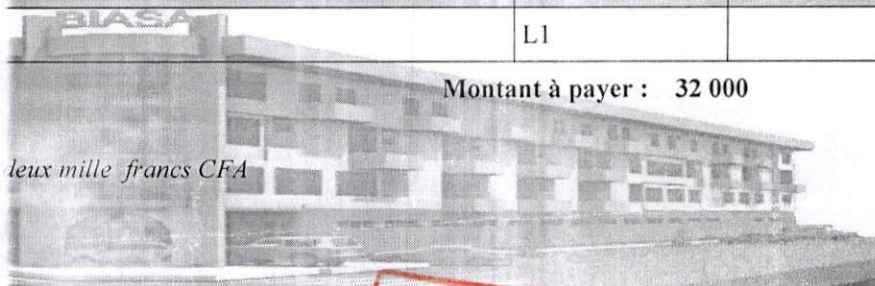
www.cliniquebiasa.org

Nous prenons soin de la Vie

	Reçu N° : 022 1452		Code opérateur : 10003194	
Patient(e)	OULHOUS	Chadija	PID : 10125804	
Acte			Code	Montant(FCFA)
ANALYSE			L1	32 000

Montant à payer : 32 000

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



Fait à Lomé, le 21 Décembre 2022

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...../.....à.....

Retrait du Reste le...../.....à.....

22-12-22 AAH500 ✓

26-12-22 ECB ✓

LBM	BULLETIN DE PRESCRIPTION D'ANALYSE	Référence : ENR039 PR3.1
		Version : 05
		Date : 10/04/2019
		Page : 1 sur 1

Informations prescripteur

Date: 20/12/2022

Nom : Titre :

Adresse / contact : Méd. Généraliste

Signature : Urgence : Oui ☐ Non ☒

Informations patient

Numéro dossier :

Nom : Nom de jeune fille : OULHOUS

Prénoms : K. Hadija Contact : 98002828

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒

Hospitalisé : Oui ☐ Non ☒

Date de naissance : 20-03-1982

Renseignements cliniques : Bilan

Traitement en cours :

Analyses demandées

SANG

- 1 NFS
- 2 V.S.P
- 3 CRP
- 4 glycémie
- 5
- 6
- 7

87797

URINES

- 1 E.C.B.U
- 2
- 3

AUTRES

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 : 21/12/2022 Heure : 5h18

Transport réalisé par : Augustin Heure : 8h57 Signature :

Informations laboratoires

Date de réception du prélèvement : 21/12/22 Heure de réception : 9h04

Prélèvement réceptionné par (Nom et prénoms) : ALIANKAIA

Conformité : Oui ☒ Non ☐ Commentaires :

Compte rendu
d'analysesCLINIQUE BIASA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

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



Nous prenons soin de la Vie

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	Traitement	
Renseignements cliniques			
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 antibiogra 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 Aina / Palsanyegba
epse GILLIO
Pharmacienne Biologiste Médicale
Tél: 22 21 11 37 / 96 Libellé 52

CLINIQUE BIASA

Nom: OULHOUS, KHADIJA

ID: 20221223-121630-A844

Age: 38Ans

Sexe: Homme

30, RUE Pasteur BAETA 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



Abdomen adul.

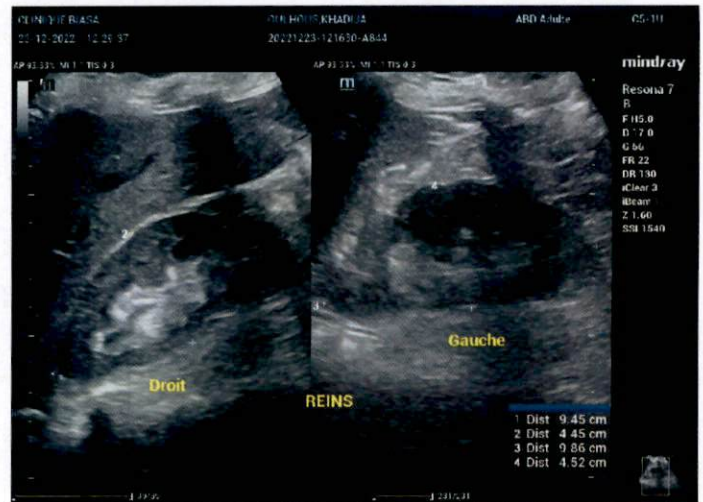
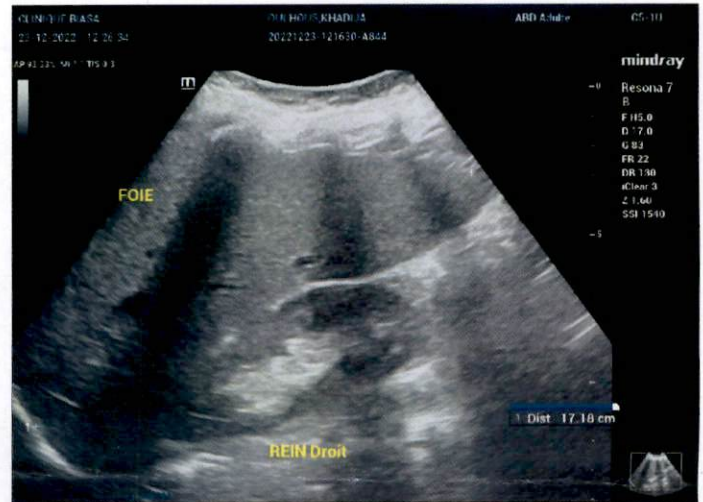
Date exam: 23/12/2022

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	Traitement	
Renseignements cliniques			
Bilan	Non mentionné		

Catégorie d'analyse **HEMATO-CYTOLOGIE**

Validation technique DJEGNO Kodjovi

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

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 SEDIMENTATION 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

Hémogramme normal
 VS accélérée

CLINIQUE BIASA
 MINOZA Alida Passa
 Pharmacienne Biologiste N°
 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



Nous prenons soin de la Vie

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)	OULHOUS 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
r MINOZA Aina Passany
epse/GRATO
Pharmacienne Biologiste Méd
22 21 11 37 / 96 37 7

Libellé

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
LOME-TOGO LOME-TOGO

TEL : (228) 22 20 42 42

N° VEN2022-12-00851722 le 20/12/2022 a 12:04 - Encaissée

CLIENT:

Vendeur : SERGE

Caissier : HENRIETTE_CAISSIERE

DOLIPRANE 1000MG CPR EFFV B/8	1070,00x1	1070,00
PAPDFFER 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.