

## 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-809719

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 19299 Société : RAN

Matricule : 19299

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : A 67792

Nom & Prénom : Juhane BIDAS

Date de naissance : 02/01/1985

Adresse : Residence Les 3 Golfes Ville 2

Tél. : 0661490535 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

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 : CAS Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 26 57 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1628176

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : A. E. 299  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : B. J. J. J. J. Age 22 16 2023  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 22/16/2023  
Nature de la maladie : Carence martiale  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A Boukroua le 22 / 6 / 2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois


### VOLET ADHERENT

DECLARATION 1628176  
Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....





## RELEVÉ 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
22/06/23		CS	300.00	
06/07/23	Perfusion		1872.2001	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/23		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

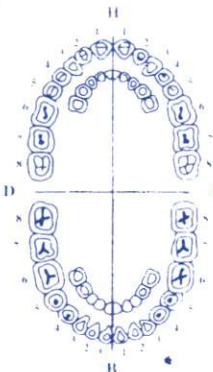
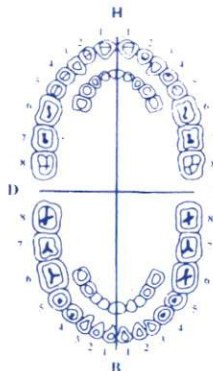
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 22/6/2023

N<sup>me</sup> - RIDAS Jilane

NFS + Rf

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Assistance Médicale  
Laboratoire de Biologie  
N° 090063728

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Centre de Prélèvement  
N° 090063728





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

6 / 7 / 2023

Bidas Jilane

Fer inject

Perfusion de 500 mg

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Dr. Assistant BENHARI MOUNIA  
Hématologie  
091187807

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300252422

N° : 26785 / 2023 du 06/07/2023

Nom patient	BIDAS JIHANE	Entrée	06/07/2023
	PAYANTS	Sortie	06/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Perfusion	1,00		700,00	700,00
			<i>Sous-Total</i>	700,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 172,20	1 172,20
			<i>Sous-Total</i>	1 172,20
<b>Total Clinique</b>				<b>1 872,20</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DOUZE DIRHAMS VINGT CENTIMES	<b>Total</b>	<b>1 872,20</b>

Hopital Universitaire  
International Mohammed VI  
Orchestré  
090063728

1 Flacon (10 ml)  
زجاجة واحدة (10 مل)

50 mg de fer/ml  
ferinject®

MV

5

50 mg fer/ml



50 mg iron/ml  
ferinject®

Chaque 1 ml contient:  
Fer sous forme de carboxymaltose  
ferrique 50 mg.  
Excipients: Eau pour préparations  
injectables, hydroxyde de sodium, acide  
chlorhydrique.

كل 1 مل يحتوي على:  
حديد (كربوكسي مالتوز الحديد) 50 مغ.  
المواد المضافة: ماء معد الحفظ، هيدروكسيد الصوديوم،  
وبعض الهيدروكلوريك.

Solution pour injection/perfusion  
Doit être administré sous  
surveillance médicale

A utiliser sous prescription médicale

1 Flacon (10 ml)  
Voie IV

Un flacon de 10 ml  
contient 500 mg  
de fer

6 25 1065 043257

ترخيص من شركة أدوية الحكمة الأولى  
أثناء شركة بيسو ألتا أو شركة أي دي تي بيولوجيا، ألمانيا  
تحت شركة أدوية الحكمة الأولى، الأردن  
توزيع بروموفارم، شركة مساهمة المنطقة الصناعية  
الساكنة - حد سواط الحارث

Sous licence de: Hikma pharmaceuticals, Jordanie  
Lieu de fabrication: Bipro GmbH, Allemagne  
ou IDT Biologica GmbH, Allemagne  
Lieu de conditionnement secondaire:  
Hikma Pharmaceuticals, Al-Mushatta, Jordanie  
Distribué par: PROMOPHARM S.A.,  
Z.I. du Sahel, Had Soualem, Maroc

بروموفارم ش.م  
PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc



٥٠ مغ حديد/مل

فيرينجكت®  
كربوكسي مالتوز الحديد



محلول للحقن/للتسريب الوريدي  
يعطى تحت إشراف طبي  
بصرف بوصفة طبية

زجاجة واحدة (10 مل)  
عبر الوريد

كل زجاجة واحدة من 10 مل  
تحتوي على 500 مغ حديد

بروموفارم ش.م  
PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Vérifier l'absence de sédiments avant utilisation  
et respecter la date de péremption.  
La solution doit être diluée dans une solution  
stérile de chlorure de sodium à 0.9% m/v avant  
administration en perfusion intraveineuse.  
Utiliser immédiatement après dilution.  
Tenir hors de la portée des enfants.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
Ne pas congeler.  
Posologie et Mode d'emploi:  
consulter la notice intérieure.

Distribué par PROMOPHARM  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
Prix hôpital : 1102 DH 00

قبل الاستخدام يجب التأكد من عدم وجود رواسب  
ومن تاريخ انتهاء الصلاحية.  
عند إعطاء الدواء عن طريق التسريب الوريدي يجب تخفيف  
الحلول بمحلول كلوريد الصوديوم 0.9% المغم.  
يستخدم مباشرة بعد التخفيف.  
يحفظ بعدد من متناول الأطفال.  
يحفظ في عبوة الأصلية. يحفظ تحت 30° مئوية.  
أحمه من التجمد.  
الجرعة وطريقة الاستعمال: اقرأ النشرة المرفقة.

Ne pas dépasser la dose prescrite

Tableau A  
(Liste I)

BAIDA  
PACK

2BXFIS501M-AF-01/2016

LOT:8986  
FAB.:02.2021  
EXP.:02.2024



مركز التصوير

## ACHAT

06/07/23

12:39:54

9900241200

92412002

**HM6 IMAGERIE**

Bouskoura

A0000000031010

\*\*\*\*\*6444

VISA

CARTE LOCALE

220-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**1872,20 MAD**

Num Transaction

: 002

Num Autorisation

: 864408

STAN

: 001475

---

TICKET CLIENT





بالنقدیات

SANS CONTA

22/06/23 03  
9900241549  
92415401  
HM6 LABORATOIRE  
Bouskoura

A00000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxxx6444  
CARTE NATIONALE  
D334B31AB4A9A0FA  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 96,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001  
NUM AUTORISATION: 359980  
STAN : 006061

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COMPTE RENDU

2023/07/03

Je soussigné Pr  Certifie Mme/Mr

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Mohammed VI de  
Bouskoura dans le cadre de la prise en charge d'une *anémie*  
*févripnne refractaire au traitement*  
*per os. admise pour fer injectable.*  
*la perfusion s'est déroulée sans incidents*  
*Patient a renvoie en Consultation dans*  
*un mois avec bilan.*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que droit.



090063728



# **ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient : BIDAS JIHANE</b>	<b>N° Facture 26 785</b>	<b>2300252422</b>
-----------------------------------	--------------------------	-------------------

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitair</b>	<b>Montant</b>
ANDOL 1G INJECTABLE BOIT 1G INJECTA (01)	1	18,80	18,80
CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	2	13,10	26,20
FERINJECT 50 MG / ML INJECTA (01)	1	1 102,00	1 102,00
SOLUMEDROL 120 MG/2ML INJECTABLE 1 FLACO	1	36,00	36,00
TARAXET 25MG COMPRIME (3 25MG COMPRIM (3	1	15,40	15,40
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>1 198,40</b>
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	1	0,27	0,27
INTRANULE G 20	1	1,60	1,60
PERFUSEUR A SERUM SANS ROBINET	1	2,44	2,44
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>6,19</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>1 204,59</b>

Hospital Pharmacy  
 International Pharmacy  
 Oni Nogo  
 09 00 137 18

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300250745

N° : 24941 / 2023 du 22/06/2023

Nom patient	BIDAS JIHANE	Entrée	22/06/2023
	PAYANTS	Sortie	22/06/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation d'hématologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

*[Signature]*

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
090063728



2300250753

**F A C T U R E**

N° 24 948 / 2023 du 22/06/2023

Nom patient : **BIDAS JIHANE**

Entrée 22/06/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 22/06/2023

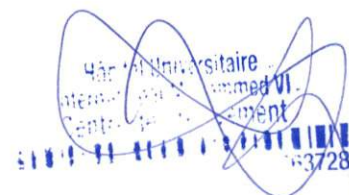
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes	1.00	B0080	96.00	96.00
			Sous-Total	96.00
Total Frais Clinique				96.00

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS

**Total 96.00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	96.00	96.00	0.00



Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONALE MOHAMMED VI

N° : 2306220951110240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300250753	BIDAS JIHANE	22/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	006061	96.00
PAYANT	Total payé	96.00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHMs MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONALE MOHAMMED VI		

Reçu établi par : ES.HANAN

Hopital universitaire  
internationale Mohammed VI  
Centre de Paiement  
090063728



Identifiant du patient : 210924095836KA

Date de naissance : 02/01/1985

Sexe : F

Date de l'examen : 22/06/2023

Prélevé le : 22/06/2023 à 10:01

Edité le : 22/06/2023 à 12:42

BIDAS JIHANE

Dossier N° : 23061447

Docteur PR. BENDARI MOUNIA NULL

Service : PRELEVEMENT



## NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

### Numération globulaire

Hématies	:	4.74	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9	4.99 10 <sup>12</sup> /l (12/11/2022)
Hémoglobine	:	14.2	g/dl	11.5 - 17.5	15.1 g/dl (12/11/2022)
Hématocrite	:	42.4	%	34 - 53	43.9 % (12/11/2022)
VGM	:	89.5	fl	76 - 96	88.0 fl (12/11/2022)
CCMH	:	33.5	g/dl	31 - 36	34.4 g/dl (12/11/2022)
TCMH	:	30.0	pg	24.4 - 34.0	30.3 pg (12/11/2022)

### Formule leucocytaire

Leucocytes	:	5.57	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0	7.81 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (12/11/2022)
P. Neutrophiles	:	45.3	%	2.5 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7	66.2 % (12/11/2022)
P. Eosinophiles	:	2.0	%	0.11 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.58	2.2 % (12/11/2022)
P. Basophiles	:	0.9	%	0.05 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11	0.6 % (12/11/2022)
Lymphocytes	:	41.7	%	2.32 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8	18.3 % (12/11/2022)
Monocytes	:	10.1	%	0.56 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.15 - 1.00	12.7 % (12/11/2022)

### Numération plaquettaire

Plaquettes	:	164	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445	149 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (12/11/2022)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 22/06/2023 à 12:42

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence




### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.  
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE INOVIA

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.