

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou
qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
Visite de jour au domicile du malade par le médecin
Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
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 contrôleur 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.

Le 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN REVENTORIUM
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages
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 se présenter 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 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1565291

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **AZIZ KHADJA**
Matricule : **8063** Fonction : **AGENT GDS** Poste : **2695**
Adresse : **N°65 LOT EL FATHI SIDI NAHROUF CASA**
Tél. : Signature Adhérent : **[Signature]**


A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **El infectieuse**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Signature et cachet du médecin
[Cachet: 19 JUL 2019]
Durée d'utilisation 3 mois


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
17/06/19	CS générale TDR		CLINIQUE BIASA PAYER CAISSEROS Merci	 CLINIQUE BIASA Médecin Généraliste Tel: 22 21 11 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FOREVER PAYER Tel: 22 25 11 77	17-06-19 17-06-19	7175 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE BIASA Tel: 22 21 11 37 BP. 2160 LOMB Laboratoire	17-6-19	Analyses Biol.	22000 F

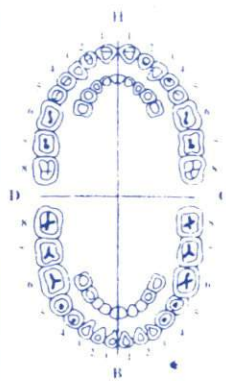
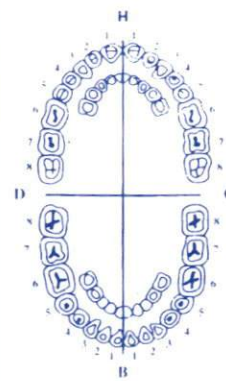
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				MONTANT DES SOINS
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DATE DU DEVIS
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DATE DE 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° : 019/253		Code opérateur : 10041140	
Patient(e)	DOUIJI Othmame	PID : 10089579	
Acte		Code	Montant(FCFA)
CONSULTATION		C3	6 000

Montant à payer : 6 000

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



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° : 019/252	Code opérateur : 10041140	
Patient(e)	DOUIJI Othmame	PID : 10089579	
Acte		Code	Montant(FCFA)
TDR		L-237	2 000

Montant à payer : 2 000

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



Fait à Lomé, le 17 Juin 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° : 019/258		Code opérateur : 10006747	
Patient(e)	DOUIJI Othmame	PID : 10089579	
Acte		Code	Montant(FCFA)
ANALYSE		L1	22 000

Montant à payer : 22 000

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



Fait à Lomé, le 17 Juin 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 / clanicbiasa@yahoo.fr

www.cliniquebiasa.org

PHARMACIE FOREVER

52 Avenue des Kondona
Face Garage Central



Nous prenons soin de la Vie

le: 17/06/2019
Op: 20 16:55
TEL: 22 26 11 77

Produit	Qty	Px uni	Montant
CURAM 1000MG CP	1	7175	7175

Total: F 7175
Dont TVA: 0
Montant Client: 7175

Net à payer en F 7175
17/06/2019 Caisse centrale en F 7175
17/06/2019 Espèces en F 10000
17/06/2019 Caisse centrale en F -7175
Montant rendu en F 2825
Nombre d'articles 1
Bénéficiaire

MERCI DE VOTRE VISITE

mane

ATOLOGIE - UROLOGIE - NEUROLOGIE - RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE
RURGIE - STERILITE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION
ATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

LOME, LE 17 JUIN 2019



500 mg
une toutes les 6h
en fièvre.

02

Curam 7175

Un comprimé
soir pendant 07 jours.

PHARMACIE FOREVER
PAVE
Tél: 22 26 11 77

MOUSSA Yassine
Médecin
22 26 65 63

Rue Adabawere (Ex 30, Rue Pasteur BAËTA) - B.P. 2160 - Tél.: +228 22 21 11 37 - +228 22 53 53
Arrêté d'Autorisation N°19/MSPAS du 30 Mai 1984 - Compte BTCL
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
Urgences assurées 24h/24



Fabric.:
Expir.:
Lot.:

04 2018
04 2020
HX5916

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

Service	CLINIQUE BIASA	Prescripteur	TIGHANKPA K. Tbah	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	25 900	Date de naissance	02/08/2004			
Code barres		Age	14 an(s) 10 mois 15 jour(s)			
N° dossier clinique		Sexe	M			
Nom et prénom(s)	DOUIJI Othmane	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>			
Epouse		Contact				
Homonymie	1			Traitement		
Renseignements cliniques				Non mentionné		
Non mentionnés						

Catégorie d'analyse	HEMATO-CYTOLOGIE	Validation technique	DJEGNO Kodjovi
Classe d'analyse	NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)		
Date demande	17/06/2019	Date prélèvement	17/06/2019
Heure prélèvement	07:40	Heure réception	07:58
Appareil	SYSMEX XN	Date examen	17/06/2019
Technique	Mesure d'impédance	Date résultat	17/06/2019

Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H ST	S.T.	Rés. SI	Réf H SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
10:06	NUMERATION ET CONSTANTES GLOBULAIRES									
10:06	Leucocytes	4,90	4 - 10	10p3/mm3	4,90	4 - 10		G/L		
10:06	Hématies	5,10	4,5 - 5,5	10p6/mm3	5,10	4,5 - 5,5		T/L		
10:06	Hémoglobine	14,30	13-17	g/dL	9,00	8 - 11		mmol/		
10:06	Hématocrite	42,90	40-54	%	0,43	0,40 - 0,54		L/L		
10:06	VGM	84,00	82 - 98	μ3	84,00	82 - 98		fL		
10:06	TCMH	28,00	27-32	pg	2,00	1,7 - 2,0		fmoL		
10:06	CCMH	33,30	32-37	g/dL	2,00	2,0 - 2,3		mmol/		
10:06	ASPECTS MORPHOLOGIQUES									
10:06	Morphologie des hématies	0,00			0,00					
10:06	NUMERATION DES PLAQUETTES									
10:06	Plaquettes	182,00	150 - 500	10p3/mm3	182,00	150 - 500		G/L		
10:06	FORMULE ET NUMERATION LEUCOCYTAIRES									
10:06	P. Neutrophiles	62,90		%	62,90			%		
10:06	Num. Neutrophiles	3,10	2,0 - 7,5	10p3/mm3	3,10	2,0 - 7,5		G/L		
10:06	P. Eosinophiles	1,20		%	1,20			%		
10:06	Num. Eosinophiles	0,10	0 - 0,4	10p3/mm3	0,10	0 - 0,4		G/L		
10:06	P. Basophiles	0,40		%	0,40			%		
10:06	Num. Basophiles	0,00	0 - 0,2	10p3/mm3	0,00	0 - 0,2		G/L		
10:06	P. Monocytes	12,10		%	12,10			%		
10:06	Num. Monocytes	0,60	0,2 - 1	10p3/mm3	0,60	0,2 - 1		G/L		
10:06	P. Lymphocytes	23,40		%	23,40			%		
10:06	Num. Lymphocytes	1,10	1 - 4	10p3/mm3	1,10	1 - 4		G/L		

Classe d'analyse VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE (VS)

Date demande	17/06/2019	Date prélèvement	17/06/2019	Heure prélèvement	07:40	Heure réception	07:58	Date examen	17/06/2019	
Technique	Sédimentation en tube				Appareil	CHRONOMETRE		Date résultat	17/06/2019	
Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H ST	S.T.	Rés. SI	Réf H SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
10:06	VS	7,00	0-20	mm/h	7,00	0-20		mm/h		

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

Interprétation

Commentaires

Signature

- Hémogramme normal
- VS normale

CLINIQUE BIASA
KPOTSA Ametépé
Pharmacien Biologiste

Libellé

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

17/06/2019

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	CLINIQUE BIASA	Prescripteur	TIGHANKPA K. Tbah	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	25 900	Date de naissance	02/08/2004	Age	14 an(s) 10 mois 15 jour(s)	
Code barres		Sexe	M	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	
N° dossier clinique		Contact				
Nom et prénom(s)	DOUIJI Othmane					
Epouse						
Homonymie	1					
Renseignements cliniques		Traitement				
Non mentionnés		Non mentionné				

Catégorie d'analyse	PARASITOLOGIE SANGUINE	Validation technique	DJEGNO Kodjovi
Classe d'analyse	RECHERCHE ET NUMERATION DE PLASMODIUM		
Date demande	17/06/2019	Date prélèvement	17/06/2019
Technique	Goutte épaisse	Heure prélèvement	07:40
		Heure réception	07:58
		Appareil	MICROSCOPE
Date examen	17/06/2019	Date résultat	17/06/2019
Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf H ST S.T.
13:24	Résultats recherche	Négative	
11:45	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 !

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	CLINIQUE BIASA	Prescripteur	TIGHANKPA K. Tbah	Titre	Docteur	Contact
N° dossier LBM	25 900	Date de naissance	02/08/2004			
Code barres		Age	14 an(s) 10 mois 15 jour(s)			
N° dossier clinique		Sexe	M			
Nom et prénom(s)	DOUIJI Othmane	Hospitalisé	<input type="checkbox"/>			
Epouse		Contact				
Homonymie	1					
Renseignements cliniques		Traitement				
Non mentionnés		Non mentionné				

Catégorie d'analyse	BIOCHIMIE SANGUINE	Validation technique	DJEGNO Kodjovi							
Classe d'analyse	<u>METABOLISME DES PROTEINES SERIQUES/INFLAMMATION</u>									
Date demande	17/06/2019	Date prélèvement	17/06/2019							
Heure prélèvement	07:40	Heure réception	07:58							
Date examen	17/06/2019									
Technique	Immuno-turbidimétrie	Appareil	COBAS c 311 (B)							
Date résultat	17/06/2019									
Heure	Paramètre	Rés. ST	Réf E ST	S.T.	Rés. SI	Réf E SI	Inc.	S.I.	Antér.	Dte ant.
10:30	CRP >	1,04	0-0,4	mg/dl	10	0-4		mg/l		

Interprétation	Commentaires	Signataire
Taux de CRP élevé.		
		CLINIQUE BIASA KPOTSRA Ametépé Pharmacien Biologiste
		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 : 1

17/06/2019 16:23

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

Informations Prescripteur

Nom : _____ Titre : _____
Adresse / contact : _____
Signature : _____ Urgence : Oui ☒ Non ☐

Informations patient

Numéro dossier : _____
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénoms : _____ Contact : _____
Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
Hospitalisé : Oui ☐ Non ☒

Date de naissance : _____
Renseignements Cliniques : _____
Traitement en cours : _____

Analyses demandées

SANG	URINES	AUTRES
1 NIES/VS 13500	1	1
2 CRP 8000	2	2
3 GE/DP 2500	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8

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) : _____
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 : 17/06/19 Heure : 07h 40'

Informations laboratoire

Date de réception du prélèvement : 17/06/19 Heure de réception : 07h58
Prélèvement réceptionné par (Nom et Prénoms) : ANANI/AE
Conformité : Oui ☒ Non ☐
Commentaires : _____

30, Rue Pasteur BAETA - B.P. : 2160 - LOME - TOGO - Tél. : 22 21 11 37 / 22 21 11 60 / Fax : 22 22 11 60

Email: biassa@cliniquebiassa.org / clinicbiassa@yahoo.fr - www.cliniquebiassa.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/24h