

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19- 0032189

Informations 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.

Prescription :

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.

Orthodontie :

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.

Prothèse :

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4500 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FADIL Med

Date de naissance :

Adresse : 54, W. GUYARDIER - ARIS CA

Tél. : 0661133785 Total des frais engagés : 300+600+335 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MEHDI ACCUEIL Age: 16/10/01

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux 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
venir 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



M U F
Mr EL FADIL Mehdi
16-10-2001

Mutuelle de Prévoyance
de Casa



FEUILLE DE SUITE

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

5 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
05 22 91 26 52
EX : 3998 MUT
all : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

ORDONNANCE

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL FADIL Mohamed
Matricule : 4500 Fonction : CAB Poste : 101
Adresse : 54, Lot 644/5722 OASIS USA
Tél. : 0661133785 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL FADIL Mehdi Age 16 10 01
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : [Signature]
Nature de la maladie : [Signature]
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A [Signature] le 15 JUL. 2019
Durée d'utilisation 3 mois

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14

VOLET ADHERENT


DECLARATION

861746

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
15 JUL. 2019			300 DH	 Centre d'Urologie Professeur Saâd BENJELLOUN Chirurgien Urologue Chef du Service d'Urologie 59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs Casablanca - Tél. 0537 22 01 12/13/14
15 JUL. 2019			600 DH	

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
	10/08/19	1350+	335 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

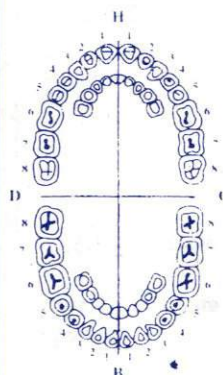
VOLET ADHERENT

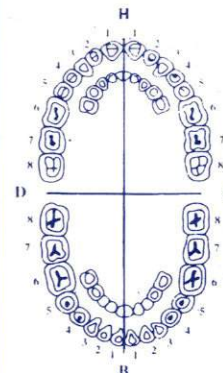
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS								
		DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 15 juillet 2019

EL FADIL MEHDI

Spermogramme

Professeur saad Benjelloun



Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14



N°I.C.E :001638312000001

INPE : 097159339
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 16-08-2019

MUPRAS
Mr Mehdi EL FADIL

Demande N° 1908160075

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Spermogramme-Spermocytogramme	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 335.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

DR LOUANJLI MOULAY ABDELLAH
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél : 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 06 61 06 15 99 / 06 61 06 35 99 / Fax : 05 22 26 83 03
e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma
ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

FACTURE N°19071501

Casablanca, le 15.07.2019

Je soussigné, certifie que **MONSIEURS EL FADIL MEHDI** payé la somme de :

900.00 (NEUF CENT DIRHAMS) ESPECE

<u>Qté</u>	<u>présentation</u>	<u>Tarif unitaire</u>	<u>prix total</u>
1	CONSULTATION	300.00	300.00
1	ECHO-DOPPLER	600.00	600.00
		<u>TOTAL</u>	900.00

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél : 022 88 01 12/13/14

N°I.C.E :001638312000001

Casablanca le 15 juillet 2019

EL FADIL MEHDI


Écho Doppler Scrotum.

Le testicule droit à une taille normale et une échogénicité normale, il n'y a pas de reflux au niveau de la veine spermatique à la manœuvre de VASALVA.

Le testicule gauche à également des dimensions normales et une échogénicité normale, en revanche il y a reflux important au niveau de la veine spermatique qui augmente à la manœuvre de VASALVA

Conclusion : varicocèle gauche de grade III

Professeur saad Benjelloun


Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

N°I.C.E :001638312000001

Date du prélèvement : 16-08-2019 à 12:44
Code patient : 1908160075
Né(e) le : 16-10-2001 (17 ans)

Mr EL FADIL Mehdi
Dossier N° : 1908160075
Prescripteur : Dr BENJELLOUN SAAD

Restes cytoplasmiques

10 %

Index de Tératozoospermie (TZI)

1.13

(<4.00)

**NOMBRE ABSOLU DES SPERMATOZOÏDES NORMAUX ET MOBILES DISPONIBLES
DANS TOUT L'EJACULAT (M/éjaculat)**

Après 1 heure

0.7800 M Spz

Après 4 heures

0.5772 M Spz

III-CONCLUSION :

Oligospermie importante

Dans le cadre de l'exploration de l'infertilité du couple, différents tests peuvent être utiles pour déterminer l'étiologie de l'hypofertilité :

- . Un test d'amélioration du sperme au laboratoire par la méthode du gradient de densité(TA)
- . Un test de migration-survie (TMS) dans un milieu de culture enrichi
- . Etude de l'intégrité de l'ADN spermatique (Fragmentation-DFI, Décondensation-SDI)
- . Un test de Huhner avec spermocytogramme fonctionnel
- . Un test de pénétration simple in vitro dans le mucus cervical sur cycle spontané ou stimulé
- . Un test de pénétration croisée dans la glaire du conjoint et dans une glaire témoin
- . Une recherche d'anticorps anti-spermatozoïdes dans le plasma séminal et autres liquides biologiques
- . Analyse de l'équipement chromosomique des spermatozoïdes par FISH dans le cadre des tératospermies sévères et dans les caryotypes constitutionnelles déséquilibrés
- . Analyse ultramorphologique des spermatozoïdes au grossissement 6600x(UMS)
- . Biochimie séminale à la recherche d'une atteinte des glandes annexes

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

(Signature)

Date du prélèvement : 16-08-2019 à 12:44

Code patient : 1908160075

Né(e) le : 16-10-2001 (17 ans)

Mr EL FADIL Mehdi

Dossier N° : 1908160075

Prescripteur : Dr BENJELLOUN SAAD

Vitalité après 4 heures :

Spermatozoïdes vivants

Spermatozoïdes morts

65 %

(>50)

35 %

II-SPERMOCYTOGRAMME

(Selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé "OMS", 5ème édition Mai 2010)

DISTRIBUTION CYTOMORPHOLOGIQUE DES SPERMATOZOÏDES :

(Sur 100 spermatozoïdes observés après coloration différentielle de Shorr-Hématoxyline de Harris)

Spermatozoïdes typiques

10 %

(>4)

Spermatozoïdes atypiques

90 %

DISTRIBUTION DES ANOMALIES :

Le 1er chiffre correspond au nombre de spermatozoïdes portant une ou plusieurs anomalies associées à l'anomalie désignée. Le 2ème chiffre correspond au nombre des spermatozoïdes portant l'anomalie désignée.

Têtes anormales (pour cent spermatozoïdes)

72 %

Une seule tête spermatique peut présenter de nombreuses anomalies.

Acrosome malformé ou absent

52/48

Tête allongée

2/2

Tête amincie

0/0

Microcéphale

52/50

Macrocéphale

20/16

Têtes multiples

0/0

Tête ronde

0/0

Tête amorphe

0/0

Anomalies de la pièce intermédiaire

12 %

Angulation anormale

8/8

Taille anormale

0/0

Insertion anormale

4/4

Flagelles anormaux

8 %

Flagelle absent

0/0

Flagelle écourté

2/2

Calibre irrégulier

0/0

Flagelle enroulé

2/2

Flagelle multiple

4/4

Flagelle angulé

0/0

Date du prélèvement : 16-08-2019 à 12:44
Code patient : 1908160075
Né(e) le : 16-10-2001 (17 ans)



Mr EL FADIL Mehdi
Dossier N° : 1908160075
Prescripteur : Dr BENJELLOUN SAAD

BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

I-SPERMOGRAMME :

(Selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé "OMS", 5ème édition Mai 2010)

CARACTERES GENERAUX

Nombre de jours d'abstinence	3 jours	(2-5)
Volume émis	2.6 ml	(>1.5)
Lieu d'émission	Laboratoire	
Viscosité à l'émission	Normale	
Liquéfaction	30 min	(<60)
Odeur	Sui-généri	
Couleur	Jaunâtre	
PH	7.9	(7.2-8.5)

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Numeration : (M=Millions)

Spermatozoïdes	6.000 M/mL	(>15.000)
Spermatozoïdes par éjaculat	15.60 M/éjac.	(>39.00)
Cellules de la lignée spermatique	0.1 M/mL	
Leucocytes	0.1 M/mL	(<1.0)
Hématies	0.01 M/mL	(<0.01)

Agglutinats au bout de 1 heure :

Par la tête	Absence
Par le flagelle	Absence

Mobilité après 1 heure :

Progressive et diminuée (A+B)

Progressive (A)	50 %	(>32)
Diminuée (B)	34 %	(>25)

Non progressive (C)

Immobilité totale	16 %	
	3 %	
	47 %	

Mobilité après 4 heures :

Progressive et diminuée (A+B)

Non progressive (C)	37 %	(>20)
Immobilité totale	4 %	
	59 %	

Vitalité après 1 heure :

Spermatozoïdes vivants

Spermatozoïdes morts	76 %	(>58)
	24 %	