

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-526408

NJ: 35301

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Kabil

Nom & Prénom : EL FOULANI

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CAAMPS 04 APPT B12 - MASSIM CASABLANCA

Tél. : 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : 335 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2020

Nom et prénom du malade : EL FOULANI Kabil Age : 35

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

Nature de la maladie : Affection Chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 0303 1081 2020

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 : CASABLANCA

Le : 03/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/02/2011				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
	23/02/2011	B200	33500
	24/02/2011	EPK	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 23-07-2020

MUPRAS
Mr Kabil EL FOULANI
Prescripteur : Dr Bouchra KARAOUI

Demande N° 2007230157

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	Spermocytogramme	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 335.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente-cinq dirhams

Dr Nouredine LOUANJLI

مختبر التحليلات الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél : 0522 20 74 22 / 0522 26 83 03 - Fax : 0522 26 83 03

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Date du prélèvement : 23-07-2020 à 16:20

Code patient : 2007230157

Né(e) le : 09-02-1985 (35 ans)

Mr EL FOULANI Kabil

Dossier N° : **2007230157**

Prescripteur : Dr KARAOUI Bouchra



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	1.5 ml	(>1.5)
Lieu d'émission	Laboratoire	
Viscosité à l'émission	Normale	
Liquéfaction	40 min	(<60)
Odeur	Sui-généri	
Couleur	Jaunâtre	
PH	7.9	(7.2-8.5)

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Numeration :(M=Millions)

Spermatozoïdes	90.000 M/mL	(>15.000)
Spermatozoïdes par éjaculat	135.00 M/éjac.	(>39.00)
Cellules de la lignée spermatique	0.2 M/mL	
Leucocytes	0.2 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)	47 %	(>32)
Progressive (A)	17 %	(>25)
Diminuée (B)	30 %	
Non progressive (C)	9 %	
Immobilité totale	44 %	

2007230157 - Mr Kabil EL FOULANI

Mobilité après 4 heures :

Progressive et diminuée (A+B)	36 %	(>20)
Non progressive (C)	10 %	
Immobilité totale	54 %	

Vitalité après 1 heure :

Spermatozoïdes vivants	80 %	(>58)
Spermatozoïdes morts	20 %	

Vitalité après 4 heures :

Spermatozoïdes vivants	68 %	(>50)
Spermatozoïdes morts	32 %	

II-SPERMOCYTOGRAMME

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

DISTRIBUTION CYTOMORPHOLOGIQUE DES SPERMATOZOÏDES :

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

Spermatozoïdes typiques	18 %	(>4)
Spermatozoïdes atypiques	82 %	

2007230157 - Mr Kabil EL FOULANI

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) 60 %

Une seule tête spermatique peut présenter de nombreuses anomalies.

Acrosome malformé ou absent	52/50
Tête allongée	2/2
Tête amincie	0/0
Microcéphale	18/18
Macrocéphale	24/24
Têtes multiples	0/0
Tête ronde	0/0
Tête amorphe	0/0

Anomalies de la pièce intermédiaire 16 %

Angulation anormale	10/10
Taille anormale	0/0
Insertion anormale	6/6

Flagelles anormaux 10 %

Flagelle absent	0/0
Flagelle écourté	4/4
Calibre irrégulier	0/0
Flagelle enroulé	4/4
Flagelle multiple	2/2
Flagelle angulé	0/0

Restes cytoplasmiques 0 %

Index de Tératozoospermie (TZI) 1.05 (<4.00)

2007230157 - Mr Kabil EL FOULANI

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

Après 1 heure 11.4210 M Spz
Après 4 heures 8.7480 M Spz

III-CONCLUSION :

Les paramètres explorés de ce sperme sont globalement normaux.

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 Hühner 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 constitutionnels 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**

مختبر التحاليل الطبية ليواماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél.: 0522.20.74.22 / 22.14.05 - Fax: 0522.26.83.03