

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 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.

Adresses Mails utiles

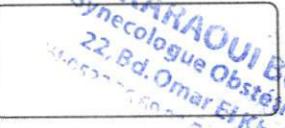
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-526408

ND: 35301

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12547	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ROYAL AIR MAROC
Nom & Prénom :			
EL FOULANI Kabil			
Date de naissance :			
09/02/1985			
Adresse :			
RES LES CAAMPS 04 APPT B12 - NASSIM			
CASABLANCA			
Tél. : 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : 335 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
EL FouLANI kabil	
Age :	
Lien de parenté :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
Allergie	
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.	

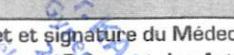
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 03/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
22/2/2015	C	5	5	INP : <input type="text"/> 

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
Centre d'Analyses ABOMAC Inoureddine - Biologiste Abdeljalil - Case 15, Fai 15200 Casablanca	23/07/2013	3200 800	33500

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : <input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
		D.O.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	00000000	00000000		D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	25533412	21433552												
				00000000	00000000													
				D	00000000	00000000												
				B	35533411	11433553												
				MONTANTS 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														

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 Noureddine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. LOUANJLI Noureddine - Biogiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél : 0522 20 74 22 / 05 22 14 95 - Fax : 0522 26 83 03

Prélèvement a Domicile Tél : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080 محج الأمير مولاي عبد الله — الدار البيضاء — رب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 26 83 03 / 05 22 22 14 95 / 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

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 SPERMATOZOIDES :
(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 anomalies (pour cent spermatozoïdes)

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 anomalies

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 Tératozoospérme (TZI) 1.05 (<4.00)

2007230157 – Mr Kabil EL FOULANI

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

Apès 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 téatospermies 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 Noureddine LOUANJLI**

مختبر laboratoires de l'analyse médicale
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522.20.74.22 / 22.14.06 - Fax: 0522/26.83.03