

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-551063

ND: 33601



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3612

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Agnès Zoulik Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mahjoub GHAZLI  
Gynécologie - Obstétrique  
241 Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Date de consultation :

09 JUIL 2020

Nom et prénom du malade :

AGOUZOUL Mohamed Age: 1973

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

21/11/2020

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

ACC

## **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
09.07.2014 : Cr			Cr	INP : 031084330 Professeur Mahjoub GHAZLI Gynécologie & Obstétrique 201, Bd Aboukir - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/07/2011	B250 + PC	3351

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, 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"/>																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																											
25533412	21433552																												
00000000	00000000																												
<hr/>																													
D		G																											
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B																													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

# Dr. Mahjoub GHAZLI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Ex. Enseignant à la faculté de Médecine à Casa

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Resident du Collège des Hôpitaux de Paris



# الدكتور المحجوب غزلي

بروفسور في أمراض النساء والتوليد

أستاذ سابق بكلية الطب بالبيضاء

حاصل على دبلوم جامعات باريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

• أمراض الحمل والولادة

• العقم - المساعدة الطبية على الإنجاب

• التشخيص والجراحة بالمنظار

• جراحة السرطان

• أمراض الثدي - سن اليأس

Casablanca, le ٢٥/٠٧/٢٠٢٢  
البيضاء في

M<sup>e</sup> AGOUTOUZ Mohamed

faire spermogramme +  
contrôle

Professeur Mahjoub GHAZLI  
Gynécologie Obstétrique  
261, Bd. Abdelmoumen - Casablanca

261، شارع عبد المؤمن إقامة الأمل (قرب صيدلية لعلاج) طرامواي : محطة عبد المؤمن ، محطة أنوال - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 90 90 61 / 06 61 90 90 60 05 22 86 20 22 في الحالات المستعجلة : مصحة عبد المؤمن

261, bd. Abdelmoumen - Rés. Al Amal (à côté de Pharmacie Laalaj ) Tramaway : Station Abdelmoumen , Station Anoual - Casablanca

Tél. : 05 22 86 20 22 - E-mail : ghazligynec@gmail.com

En cas d'urgence : Clinique abdelmoumen : 06 61 90 90 61 - 06 61 90 90 60

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

Casablanca le 10-07-2020

**MUPRAS**  
**Mr Mohamed AGOUZOUL**  
Prescripteur :

Demande N° 2007100103

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*

مختبرات  
التحاليل  
المédicales  
Analyses C. Biologiques  
Dr. Noureddine Abdellah  
Laboratoire A. Louanji  
Louanji Prince Moulay  
Dr. Rue Prince Moulay  
10. Casablanca  
Tél. 0522 207422

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

Date du prélèvement : 10-07-2020 à 11:46  
Code patient : 1906150044  
Né(e) le : 15-03-1973 (47 ans)

**Mr Mohamed AGOUZOUL**  
Dossier N° : 2007100103  
Prescripteur :

## II—SPERMOCYTOGRAMME

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

### DISTRIBUTION CYTOMORPHOLOGIQUE DES SPERMATOZOIDES :

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

Spermatozoïdes typiques	14 %	(>4)
Spermatozoïdes atypiques	86 %	

### DISTRIBUTION DES ANOMALIES :

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

#### Têtes anormales (pour cent spermatozoides)

Une seule tête spermatique peut présenter de nombreuses anomalies.	
Acrosome malformé ou absent	56/50
Tête allongée	12/12
Tête amincie	0/0
Microcéphale	16/16
Macrocéphale	30/26
Têtes multiples	0/0
Tête ronde	0/0
Tête amorphe	0/0

#### Anomalies de la pièce intermédiaire

Angulation anormale	10/10
Taille anormale	0/0
Insertion anormale	8/8

#### Flagelles anormaux

Flagelle absent	0/0
Flagelle écourté	4/4
Calibre irrégulier	0/0
Flagelle enroulé	6/6
Flagelle multiple	0/0
Flagelle angulé	0/0

#### Restes cytoplasmiques

Index de Tératozoospérme (TZI)	1.02	(<4.00)
--------------------------------	------	---------

12

88

16

0

1.61

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

محل الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر.ب

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

Date du prélèvement : 10-07-2020 à 11:46  
Code patient : 1906150044  
Né(e) le : 15-03-1973 (47 ans)

**Mr Mohamed AGOUZOU**  
Dossier N° : 2007100103  
Prescripteur :

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

Apès 1 heure	3.9348 M Spz	3.9744
Après 4 heures	2.9302 M Spz	2.9378

#### III-CONCLUSION :

Oligospermie modérée.

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 chromosomal des spermatozoïdes par FISHdans 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



Prélèvement a Domicile Tél .: 06 77 06 70 95

Date du prélèvement : 10-07-2020 à 11:46  
Code patient : 1906150044  
Né(e) le : 15-03-1973 (47 ans)



**Mr Mohamed AGOUZOUL**

Dossier N° : 2007100103

Prescripteur :

## BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

### I-SPERMOGRAMME :

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

#### CARACTERES GENERAUX

15-06-201

Nombre de jours d'abstinence	3 jours	(2-5)	
Volume émis	4.6 ml	(>1.5)	4.13
Lieu d'émission	Laboratoire		
Viscosité à l'émission	Normale		
Liquéfaction	40 min	(<60)	30
Odeur	Sui-généri		
Couleur	Jaunâtre		
PH	7.9	(7.2-8.5)	7.7

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

##### Numeration :(M=Millions)

Spermatozoïdes	13.000	M/mL	(>15.000)	15.00
Spermatozoïdes par éjaculat	59.80	M/éjac.	(>39.00)	72.0
Cellules de la lignée spermatique	0.2	M/mL		0.1
Leucocytes	0.2	M/mL	(<1.0)	0.1
Hématies	0.01	M/mL	(<0.01)	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)	45
Progressive (A)	17 %	(>25)	22
Diminuée (B)	30 %		2
Non progressive (C)	4 %		
Immobilité totale	49 %		40

##### Mobilité après 4 heures :

Progressive et diminuée (A+B)	35 %	(>20)	34
Non progressive (C)	5 %		6
Immobilité totale	60 %		60

##### Vitalité après 1 heure :

Spermatozoïdes vivants	80 %	(>58)	68
Spermatozoïdes morts	20 %		32

##### Vitalité après 4 heures :

Spermatozoïdes vivants	68 %	(>50)	5
Spermatozoïdes morts	32 %		43

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95