

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H:  
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**  
M23-010024

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3826 Société : 172933  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BACHIRI AMINA  
 Date de naissance : 2/09/57  
 Adresse : AERENNE CHA203, ZONE D, IMM. 6, BOULEVARD, AVENUE, CASABLANCA  
 Tél. : 0661 09 5901 Total des frais engagés : 5994,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BACHIRI AMINA Age : 55 an

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : 28 / 07 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

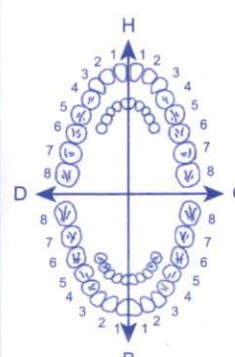
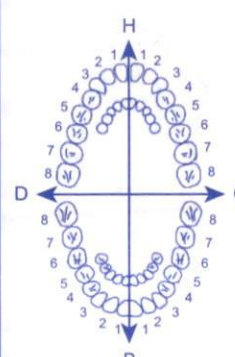
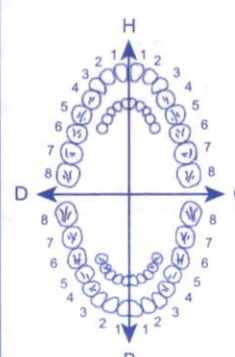
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|---|--|----------------------------------|--|---|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|---|
|              |  |                                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>      |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |   |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  | <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>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 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| 25533412  |  |                                  | 21433552   |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| 00000000  |  |                                  | 00000000   |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| D   |  |                                  | G  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| 35533411  | 11433553   |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| B   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|             |  |                                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                                  |  |   |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                       |                                  |  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Rég. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 05/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 160473718 رقم التسجيل  
Règlements de la période : أداءات الفترة  
du : 02/06/2023 : من  
au : 02/06/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه

BENCHERQI MOHAMMED

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف                                     | تاريخ العلاج     | العمليات | مهنيو الصحة                 | مبلغ المصاريف            | التعريفية<br>المرجعية | المعامل | الكمية   | أساس<br>التعويض               | نسبة<br>التعويض                 | تاريخ إرسال<br>الأداء          | مبلغ<br>التعويض      |
|---|------------------|----------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Número de dossier                             | Date de<br>soins | Actes    | Prestataires de soins       | Montant de la<br>dépense | Tarif de<br>référence | Coeff.  | Quantité | Base de<br>rembour-<br>sement | Taux de<br>rembour-<br>sement % | Date<br>d'envoi<br>du paiement | Montant<br>remboursé |
| BENCHERQI MOHAMMED                            |                  |          |                             |                          |                       |         |          |                               |                                 |                                |                      |
| 98534460                                      | 20/03/2023       | PH       | PHARMACIES D                | 630,00                   | 0,00                  | 1,00    | 2,00     | 0,00                          | 0,00                            | 02/06/2023                     | 177,52               |
| 98534460                                      | 20/03/2023       | B        | OFFICINES<br>LABORATOIRES D | 2194,00                  | 2194,01               | 1994.55 | 1,00     | 2194,01                       | 70,00                           | 02/06/2023                     | 1535,80              |
| 98534460                                      | 20/03/2023       | IRM      | ANALYSES<br>RADIOLOGIE      | 2000,00                  | 2200,00               | 1,00    | 1,00     | 2200,00                       | 70,00                           | 02/06/2023                     | 1400,00              |
| 98534460                                      | 20/03/2023       | CS       | NEUROLOGIE                  | 500,00                   | 150,00                | 1,00    | 1,00     | 150,00                        | 70,00                           | 02/06/2023                     | 105,00               |
| Total remboursé مجموع مبلغ التعويض            |                  |          |                             |                          |                       |         |          |                               |                                 |                                | 3218,32              |
| Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي |                  |          |                             |                          |                       |         |          |                               |                                 |                                | 3218,32              |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



**L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.**

حَقَّ التَّعْوِيزِ مِنْ طَرَفِ الصَّنَدُوقِ الْوَطَنِيِّ لِلضَّمَانِ  
الْاجْتِمَاعِيِّ رَهْنٍ بِاحْتِرَامِ الشُّرُوطِ الْقَانُونِيَّةِ وَكُلِّ مَا سَبَقَ  
ذَكَرَهُ.

|  |   |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة<br>Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Réservé à la DAMO |
| Identification de l'agent : .....                      | Date d'arrivée : ..... تاريخ الاستلام :                 |
| Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :       |   |

|   |                   |           |        |
|---|-------------------|-----------|--------|
| FRANCE TRILITE<br><b>CNSS</b><br>Le devoir de vous protéger | Entente préalable | Exécution | Réf. 6 |
|---|-------------------|-----------|--------|

**N° Dossier :**

**Partie réservée à l'assuré(e)** (لها)

**Nom et prénom :** BENCHERQI Mohamed (صبي)

**N° Immatriculation :** 11604737118

**N° CIN :** 10611131913 (وطنية)

**Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*** (تفيد والمؤمن له لها)

Conjoint ☐ زوج      Enfant ☐

**Adresse :** Avenue PHABAS, Ann 10 apt n° 3, CONDO, ASUSSE

**Montant des frais :** 5294,60 Dhs. (درهم)

**Nombre de pièces jointes :** 03

**Déclaration du médecin traitant** (معالج)

**Bénéficiaire de soins :**

**Nom et prénom :** BENCHERQI Mohamed (صبي)

**Date de naissance :** 12/3/1991 (12/3/1991)

**N° CIN :** 10611131913 (وطنية)

**Sexe\* :** M ☒ ذكر      F ☐ أنثى

**INPE et code à Barres\*\*** (الرقم والمشفّر)

|             |        |
|-------------|--------|
| 10901314518 | 111111 |
|-------------|--------|

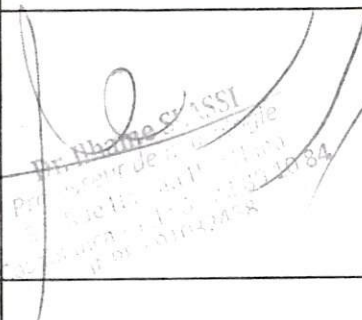
|   |   |
|---|---|
| <b>Médecin traitant</b><br>الطبيب المعالج | <b>Etablissement de soins</b><br>المؤسسة العلاجية |
|---|---|

**Type de soins\***

Hospitalisation ☐ إستشفاء      Maternité ☐ أمومة      Accident ☐ حادثة

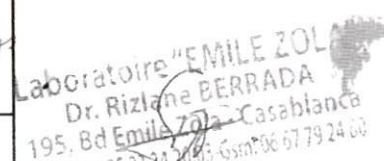
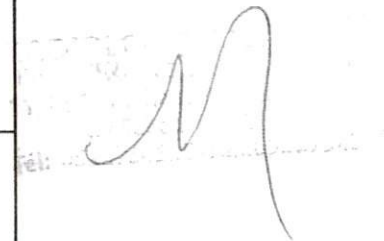
|   |  |
|---|--|
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.<br>أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه<br>Fait à : ..... ب :<br>Le : 11/9/2013 ..... في :<br>توقيع المؤمن له<br>Signature de l'assuré(e) | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.<br>أفيد أن المعلومات أعلاه<br>sincères et véritables.<br>Fait à : .....<br>Le : 12/01/2013 .....<br>طبيب المعالج أو المؤسسة الصحية<br>Cachet et Signature du Médecin traitant ou d |
|---|--|

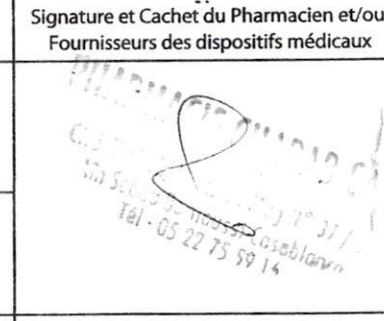
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 31 31

| actes effectués              |  | وصف العمليات المجرأة              |   |
|------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| رمز العمليات<br>de des actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin<br>traitant          |
| CS                           |  | 500DH                             |  |
|                              |  |                                   |   |
|                              |  |                                   |   |
|                              |  |                                   |   |

CIM - 10

| عمليات المساعدين الطبيين      |   |                                    |   | توقيع وطابع المساعد الطبي          |  |
|-------------------------------|---|------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| رمز العمل<br>ode des<br>actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>cotation<br>NGAP | عدد<br>العمليات<br>Nbre<br>d'actes | المبلغ<br>المفوتر<br>Montant<br>facturé | Signature et Cachet du Paramédical |  |
|                               |   |                                    |   |                                    |  |
|                               |   |                                    |   |                                    |  |
|                               |   |                                    |   |                                    |  |
|                               |   |                                    |   |                                    |  |

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |  |                                      | عمليات الإحياء، الأشعة والصور  |  |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clè+<br>cotation<br>NGAP / NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |  |
| 27/04/23                                  | B1600 + 10                     | 1,34   | 1800,00 DH                           |       |  |
| INPE et code à Barres<br>10111010131131   |                                |  |                                      |  |  |
| 03/05/23                                  |                                |  | 2000,00                              |       |  |
| INPE et code à Barres<br>091115555        |                                |  |                                      |  |  |

| جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة                 |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                               |   |
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | الثمن المفوتر<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات<br>الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 20/03/23  | 600,60                        |   |
| INPE et code à Barres<br>10111010131131                               |                               |   |
|   |                               |   |
| INPE et code à Barres<br>10111010131131                               |                               |   |

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
|-------------------------|---------------|----------|------------|



# D-Stress®

Lot:

DS10/22

DLC:

10/2025

PPC : 109 DH

Les nutriments  
D-stress per  
rapidement l'  
situation de  
diminuer le.  
comme par ex.

**D-Stress®** Contient du magnésium, de la taurine, de l'arginine et des vitamines B.

Le magnésium et les vitamines B1, B2, B3, B6, B8 participent au fonctionnement normal du système nerveux.

Le magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et réduisent la fatigue.

L'acide pantothénique (vitamine B5) contribue à améliorer la résistance au stress et à retrouver des performances intellectuelles normales.

La taurine améliore la fixation du magnésium et le préserve pendant les phases de stress, elle possède également une activité antioxydante.

L'arginine est un acide aminé régulateur du cortisol, médiateur du stress. Il permet également de diminuer l'absorption des graisses.

Durée recommandée :

En cure régulière ou de manière ponctuelle pour répondre à une situation de stress ou de fatigue.

Présentation :

Boîte de 20 comprimés

Boîte de 40 comprimés

D-stress est généralement utilisé

pour :

- Fatigue intense (psychique et /ou physique)
- Stress aigu ou chronique.
- Hyper-émotivité, anxiété.
- Spasmophilie.
- Surmenage.
- Aide au sevrage tabagique.
- Situations de régime.

Laboratoires **SYNERGIA**

43 BEAUNE sur ARZON – France

Distribué au Maroc par :

**HYPHADIET**

9, Rue Rahal Meskini – V.N- Fès

[www.hyphadiet.com](http://www.hyphadiet.com)

# D-Stress®

Complément alimentaire destiné  
aux

Les nutriments  
D-stress  
rapidement  
situation  
diminuer  
comme par

Lot:

DLC:

P.P.C : 119 DH

Div: Lot:  
10/25 DS10/22

D-Stress® Contient  
de la taurine,  
vitamines B.

Le magnésium et les vitamines B1, B2, B3, B6, B8 participent au fonctionnement normal du système nerveux.

Le magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et réduisent la fatigue.

L'acide pantothénique (vitamine B5) contribue à améliorer la résistance au stress et à retrouver des performances intellectuelles normales.

La taurine améliore la fixation du magnésium et le préserve pendant les phases de stress, elle possède également une activité antioxydante.

L'arginine est un acide aminé régulateur du cortisol, médiateur du stress. Il permet également de diminuer l'absorption des graisses.

En cure régulière ou de manière ponctuelle pour répondre à une situation de stress ou de fatigue.

## Présentation :

Boîte de 20 comprimés

Boîte de 40 comprimés

## D-stress est généralement utilisé

### pour :

- Fatigue intense (psychique et /ou physique)
- Stress aigu ou chronique.
- Hyper-émotivité, anxiété.
- Spasmophilie.
- Surmenage.
- Aide au sevrage tabagique.
- Situations de régime.

Laboratoires SYNERGIA  
43 BEAUNE sur ARZON - France

## Distribué au Maroc par :

HYPHADIET

9, Rue Rahal Meskini - V.N- Fès  
www.hyphadiet.com

# D-Stress®

Lot:

P.P.C 119 DH

DLC: -

|       |         |
|-------|---------|
| Duo   | Lot     |
| 10/25 | DS10/25 |

Les nutriment  
D-stress perm  
rapidement l'o  
situation de  
diminuer les  
comme par exen.

**D-Stress®** Contient du magnésium, de la taurine, de l'arginine et des vitamines B.

Le magnésium et les vitamines B1, B2, B3, B6, B8 participent au fonctionnement normal du système nerveux.

Le magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et réduisent la fatigue.

L'acide pantothénique (vitamine B5) contribue à améliorer la résistance au stress et à retrouver des performances intellectuelles normales.

La taurine améliore la fixation du magnésium et le préserve pendant les phases de stress, elle possède également une activité antioxydante.

L'arginine est un acide aminé régulateur du cortisol, médiateur du stress. Il permet également de diminuer l'absorption des graisses.

situation particulière.

Durée recommandée :

En cure régulière ou de manière ponctuelle pour répondre à une situation de stress ou de fatigue.

**Présentation :**

Boîte de 20 comprimés

Boîte de 40 comprimés

D-stress est généralement utilisé pour :

- Fatigue intense (psychique et /ou physique)
- Stress aigu ou chronique.
- Hyper-émotivité, anxiété.
- Spasmophilie.
- Surmenage.
- Aide au sevrage tabagique.
- Situations de régime.

Laboratoires **SYNERGIA**  
43 BEAUNE sur ARZON - France

Distribué au Maroc par :

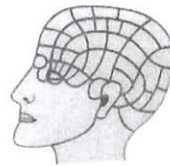
**HYPHADIET**

9, Rue Rahal Meskini - V.N- Fès  
[www.hyphadiet.com](http://www.hyphadiet.com)



Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ  
وأمراض الجهاز العصبي

20/03/2023

Casablanca, le .....

MR BENCHERQI MOHAMED

126,70 x 2

• No-dep 50 mg - comprimé

1/2 Comprimé, matin, pendant 21 jours puis 1 Comprimé, matin, pendant 1 mois

109,10

• D-Stress - Gélule

1/19,00

1 Gélule, matin, soir, pendant 8 semaines,

x 2

600,60

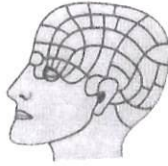
Dr. Ilhame SLASSI  
Professeur de Neurologie  
20, rue de Hassane Hay Elhana  
Casablanca 1034

RV 5 à 6 semaines



Docteur Ilhame S. ASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ  
و أمراض الجهاز العصبي

20/03/2023

Casablanca, le .....

MR BENCHERQI MOHAMED

- IRM encéphalique, séquence T1 T2 Flair, T2\* ARM

Sp extrapyramidaux: Sd Park?

Pr. Ilhame S. ASSI  
Professeur de Neurologie  
Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84  
INPE : 091032458

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84

INPE 091032458 ICE 002906584000082





# Radiologie Casa Nord

فحص الأشعة كازا نور



Dr NCIRI Mohamed Rachid  
Spécialiste en imagerie médicale  
Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux

الدكتور النصيري محمد رشيد  
إختصاصي في الفحص بالأشعة  
خريج كلية الطب ببوردو

SCANNER MULTI BARRETTES-IRM-DENTASCANNE-PANORAMIQUE DENTAIRE-RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ÉCHOGRAPHIE DOPPLER-MAMMOGRAPHIE

Casablanca, le 03/05/2023

**PATIENT** : **BENCHERQUI MOHAMED**  
**MEDECIN TRAITANT** : **DR.ILHAM SLASSI CHRAIBI**  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** :

## IRM CEREBRALE :

### Technique :

Examen réalisé en séquences T2 et T2\* axiales, FLAIR axiales, des séquences de diffusion, des séquences T1 sagittales, et séquence TOF3D.

Séquences coronales T2 et STIR .

### Résultat :

- Atrophie cortico-sous corticale diffuse.
- Il n'est pas mis en évidence d'anomalie du signal au niveau du parenchyme cérébral.
- Absence d'ischémie récente.
- Le système ventriculaire est en place et de taille normale.
- Au niveau de la fosse postérieure, il n'est pas mis en évidence d'anomalie du signal du tronc cérébral et des hémisphères cérébelleux.
- Absence d'anomalie des hippocampes.
- Absence d'ectasie ou d'amputation vasculaire.
- Absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.
- Absence d'anomalie au niveau des sinus et des globes oculaires.

### CONCLUSION :

**IRM cérébrale en faveur d'une atrophie cortico-sous corticale diffuse.**

DR. NCIRI



# Radiologie Casa Nord

فحص الأشعة كازا نور



091115535

**Dr NCIRI Mohamed Rachid**  
Spécialiste en imagerie médicale  
Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux

الدكتور النصيري محمد رشيد  
إختصاصي في الفحص بالأشعة  
خريج كلية الطب ببوردو

SCANNER MULTI BARRETTES-IRM-DENTASCANNE-PANORAMIQUE DENTAIRE-RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ÉCHOGRAPHIE DOPPLER-MAMMOGRAPHIE

**FACTURE N°01412/2023**

Casablanca, le 03/05/2023

Nom patient : **BENCHERQUI MOHAMED**

Examen(s) réalisé(s) :

**IRM CEREbraLE**

Montant : **deux mille (2000 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME

DE :

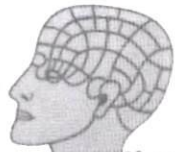
DEUX MILLE DH

REGLEMENT : ESPECES



Docteur Ilham GLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



20 MARS 2023

الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le

Nom :

Y. Bencherou

Prénom :

Moul

☒ N.F.S. Plaquettes

☒ V.S

☐ C.R.P.

☐ T.S.

☐ T.P. + I.N.R

☐ T.C.K

☐ Fibrinogène

☐ ASLO

☒ Ionogramme

☒ Urée

☒ Créatinémie

☒ Acide Urique

☒ Glycémie à jeun

☒ Hb glycosylé

☐ Groupage 1er détermination

☐ 2ème détermination

☐ Troponines

☐ CP K

☐ LDH

☐ Segment ST

☐ Sérologie Lyme

☒ Cholestérol total

☒ Cholestérol HDL

☒ Cholestérol LDL

☒ Triglycérides

☐ Bilirubine directe

☐ Bilirubine indirecte

☒ SGPT

☒ SGOT

☒ Ag Hbs

☒ Sérologie Hépatite C

☒ Sérologie HIV

☒ TSH

☐ Albuminurie des 24 heures

☒ PSA

☐ D-Dinères

☒ EPP

☒ VIH DS

☐ ECBU

☐ Compte d'addis

☒ AAN

Laboratoire "EMILE ZOLA"  
Dr. Rizlane BERRADA  
195, Bd Emile Zola - Casablanca  
Tél & fax : 05 22 24 20 02 - 05 22 24 20 03

Mr BENCHEROI MOHAMMED  
23-03-1954



2304290007

A coller sur l'ordonnance

Signature du médecin

37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84 - INRE 09104623



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - SÉROLOGIE - TOXICOLOGIE

LABORATOIRE EMILE ZOLA

Dr Rizlane BERRADA

195, Bd Emile Zola - Belvédère - CASABLANCA

Tel/Fax : 05.22.24.20.03 - GSM : 06.67.79.24.60

Email : laboemilezola@gmail.com

Casablanca, le 29-04-2023

مختبر التحليلات الطبية "إميل زولا"

**FACTURE N° : 230400172**

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| NOM PATIENT  | Mr BENCHERQI MOHAMMED   |
| PRESCRIPTEUR | Dr SLASSI CHRAIBI ILHAM |

## Récapitulatif des analyses

| CN    | Analyse                               | Clé  | Clé | Total              |
|-------|---------------------------------------|------|-----|--------------------|
| 9105  | Forfait prélèvement                   | E25  | E   | 25.00 MAD          |
| 9106  | Forfait traitement autre échantillon  | E25  | E   | 25.00 MAD          |
| 0100  | Acide urique                          | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0111  | Créatinine                            | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0106  | Cholestérol total                     | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0118  | Glycémie                              | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0146  | Transaminases O (TGO)                 | B50  | B   | 67.00 MAD          |
| 0147  | Transaminases P (TGP)                 | B50  | B   | 67.00 MAD          |
| 0119  | Hémoglobine glycosylée                | B100 | B   | 134.00 MAD         |
| 0108  | Cholestérol H D L                     | B50  | B   | 67.00 MAD          |
| 0109  | Cholestérol L D L                     | B50  | B   | 67.00 MAD          |
| 0216  | Numération formule                    | B80  | B   | 107.20 MAD         |
| 0129  | Phosphore minéral                     | B40  | B   | 53.60 MAD          |
| 0361  | PSA                                   | B300 | B   | 402.00 MAD         |
| 0134  | Triglycérides                         | B60  | B   | 80.40 MAD          |
| 0168  | Calcium                               | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0174  | Phosphore minéral                     | B40  | B   | 53.60 MAD          |
| 0135  | Urée                                  | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| 0223  | VS                                    | B30  | B   | 40.20 MAD          |
|       | Ac anti-nucléaires                    | B200 | B   | 268.00 MAD         |
|       | Calcium                               | B30  | B   | 40.20 MAD          |
|       | Chlore                                | B30  | B   | 40.20 MAD          |
|       | Electrophorèse des protéines sériques | B250 | B   | 335.00 MAD         |
|       | Potassium                             | B30  | B   | 40.20 MAD          |
|       | Sodium                                | B30  | B   | 40.20 MAD          |
| Total |                                       |      |     | <b>2194.00 MAD</b> |

TOTAL COTATION B

1600

TOTAL DE LA FACTURE

2194.00 DHS

Arrêtée la présente Facture à la somme de : **deux mille cent quatre-vingt-quatorze**

PATENTE N° : 31200992 / IF N° 15188210 / CNSS N° 4138857 / ICE N° 001709746000031 / INPE: 093000313

195, Bd Emile Zola - 3ème Etg - Belvédère - Casablanca - Maroc (Imm. d'Antouki - Face à Amoud)

Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60 - E-mail : laboemilezola@gmail.com

TRAMWAY : Place Al Yassir / Bus : N° 2 - 23 - 33 - 87 - 88 - 139

PATENTE N° 31200992 / IF N° 15188210 / CNSS N° 4138857 / ICE N° 001709746000031 / INPE N° 093000313

Laboratoire "EMILE ZOLA"  
Dr. Rizlane BERRADA  
Casablanca  
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 67 79 24 60