

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

95792

**Déclaration de Maladie : Nº P19-0002204**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2692 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tazi Nadej Date de naissance : 6/4/55

Adresse :

Tél. : 066.155657 Total des frais engagés : 100000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 DEC. 2021

Nom et prénom du malade : HAKANI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 2

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) :

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع :

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

N° Dossier : .....  
خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BONJONIXEL ATAA

ن�اط : 161918610

N° Affiliation : 143412531819

ن�يل : 181423241

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

Adresse :

صارييف (درهم) : 582,40+1186=206840

ثائق المرفقة : تصريح الطبيب المعالج

يد من العلاجات

Bénéficiaire de soins

BSURMBK52

Nom et prénom :

143412531819

Date de naissance :

143412531819

N° CIN :

143412531819

Sexe\* :

M ذكر  F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admission ALD\* :

Oui  Non

N° dossier ALD\* :

Oui  Non

Code ALD :

Oui  Non

Soins ambulatoires\* :

Oui  Non

Hospitalisation\* :

Oui  Non

Pla confidéntiel remis\* : Oui  Non

استشفاء\* Date d'hospitalisation\* :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : 143412531819

حرر ب : 143412531819

في : 143412531819

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

ج ب مصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vér

ترب ب : 143412531819

في : 143412531819

تعي و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

- INP : Identification Nationale du Praticien

- Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عما كلها يمنع هذا المطبوع

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطرار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tarif de l'émission : .....

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....  
خاصل بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

عائلي و الشخصي : .....  
خراط : .....  
جبل : .....  
قة التعريف الوطنية : .....  
قرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

N° Affiliation : .....  
N° Immatriculation : .....  
N° CIN : .....  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة .....  
.....

Adresse : .....  
.....

Montant des frais (Dhs) : .....  
.....

Nombre de pièces jointes : .....  
.....

Déclaration du médecin traitant

يد من العلاجات .....  
عائلي و الشخصي : .....  
لإرداد : .....  
قة التعريف الوطنية : .....  
\* :

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° CIN : .....  
Sexe\* :  ذكر  ابنة .....  
.....

Identification du médecin traitant

وطني الاستقلالي للممارسين .....  
العلاجات .....  
مرض المزمن : .....  
المرض المزمن : .....  
رض المزمن : .....  
.....

N° INP .....  
.....

Type de soins

Admission ALD\* :  Oui  Non .....  
N° dossier ALD\* : .....  
Code ALD : .....  
.....

Soins ambulatoires\*  .....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....</

### description des actes effectués

## وصف العمليات المُجراة

## عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

cription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

” تاريخ العمل s des actes ”	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
--------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------	-----------------------------------	--

INP : | | | | | | | |

INP : | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطبعة المساعدات عمليات

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

❶ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	30/11/2021	Virement	-	2 068,40	1 362,68	412,72	1 775,40
	70348108	21/10/2021	Payé en : 40 jours	BENBOUBKER AMAL	2 068,40	1 362,68	412,72	1 775,40
■ 1	-	09/09/2021	Virement	-	2 019,10	1 301,80	173,80	1 475,60
■ 1	-	03/06/2021	Virement	-	999,10	801,18	96,22	897,40
■ 1	-	09/04/2021	Virement	-	980,30	560,30	0,00	560,30
■ 1	-	08/02/2021	Virement	-	1 818,90	1 120,79	316,91	1 437,70
■ 3	-	20/11/2020	Virement	-	1 876,50	956,38	132,82	1 089,20
■ 1	-	03/09/2020	Virement	-	1 004,30	691,70	79,30	771,00
■ 1	-	24/08/2020	Virement	-	1 314,60	894,20	0,00	894,20
■ 1	-	10/08/2020	Virement	-	1 644,80	1 041,59	297,11	1 338,70
■ 1	-	03/08/2020	Virement	-	545,90	420,40	0,00	420,40

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

**FACTURE N° : 2110112009**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

Casablanca le 11-10-2021

**Mr Amal BENBOUBKER**

Date de l'examen : 11-10-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	- Acide Urique	B30	B
	Cholestérol	B30	B
	- Chlore	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	- CRP	B100	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Gamma G.T.	B50	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	- Potassium	B30	B
	- Sodium	B30	B
	Triglycérides	B60	B
	TSH Ultrasensible	B250	B
	- Urée	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 1090

**TOTAL DOSSIER : 1486.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent quatre-vingt-six dirhams



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur Holter



يختص في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

Patient:

Mr Ben Aribki

Casablanca, le

22 SEP. 2021

*Arab*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca

Kerlone 20 mg cp pel b 28  
P.P.V : 97,90 DH

6 118001 081202

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Kerlone 20 mg cp pel b 28  
P.P.V : 97,90 DH

118001 081202

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Kerlone 20 mg cp pel b 28  
P.P.V : 97,90 DH

6 118001 081202

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Kerlone 20 mg cp pel b 28  
P.P.V : 97,90 DH

6 118001 081202

*Kerlone 2 - 4  
97.90 x 5 1/2 + leme*

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

*53.10*

Dr Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 05 22 26 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Kerlone 20 mg cp pel b 28  
P.P.V : 97,90 DH

6 118001 081202

Pharmacie Le Méridien  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 05 22 26 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء  
356, Rue Mostafa El Maâni, (Côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com  
Tél.: 05 22 26 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96  
CNSS : 27000608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والوعي الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

Patient:

R. Bouboubker And 29 SEP. 2021

### Examen du sang

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine, Créatinémie   | <input checked="" type="checkbox"/> SGOT - SGPT - Gamma.G.T. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun  | <input type="checkbox"/> ASLO                                |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale   | <input type="checkbox"/> Fibrinémie                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hemoglobine glycosylée A1C   | <input type="checkbox"/> T4 libre                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL  | <input checked="" type="checkbox"/> TSH ultra sensible       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides  | <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite C                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide Urique   | <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite B                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vs, NFS avec plaquettes  | <input type="checkbox"/> Ferritinémie                        |
| <input type="checkbox"/> Electrophorese des protéines sériques   | <input checked="" type="checkbox"/> PSA                      |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D3  | <input checked="" type="checkbox"/> CRP                      |
| <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR (Patient sous anti vitamines K: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non) |  |
| <input type="checkbox"/> Troponine US  |  |

### Examen des urines

- Microalbuminurie de 24 heures
- Cyto. Bac des urines
- Lénogramme Urinaire
- Compte d'addis

LAPORATION  
TÉL: 05 22 18 84 84  
06 62 88 90 91

Dr Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com  
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

**Glucophage® 500mg**

50 Comprimés pelliculés



Fabriqué par

**COOPER**  
PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi  
Sous licence de Merck Santé S.A.S. - France  
N° d'AMM : 141DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كور فارما  
41 زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء  
الصيادي المسؤول : أمينة داودي  
بترخيص من ميرك سانتي ش.أ.م - فرنسا

Composition :  
Chlorhydrate de metformine ..... 500 mg

correspondant à 390 mg de metformine base.

Excipients : ..... q.s.p un comprimé pelliculé

التركيب :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ

ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعدة.

سواغات : ك.ك.لقرص واحد مختلف

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

50 Comprimés pelliculés

**GLUCOPHAGE® 500**

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

Composition :

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipient : q.s.p ..... un comprimé pelliculé

Un comprimé contient 500 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 390 mg de metformine base.

التركيب :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ

سواغ : ك.ك.لقرص واحد مختلف

يحتوي كل قرص على 500 مغ من كلورهيدرات الميتفورمين

ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين.

**COOPER**  
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca  
Sous licence de Merck Santé s.a.s.  
Pharmacien responsable : Amina Daoudi  
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كور فارما  
زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء  
تحت رخصة ميرك سانتي ش.أ.م  
الصيادي المسؤول : أمينة الداودي

Composition :

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipient : q.s.p ..... un comprimé pelliculé

Un comprimé contient 500 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 390 mg de metformine base.

التركيب :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ

سواغ : ك.ك.لقرص واحد مختلف

يحتوي كل قرص على 500 مغ من كلورهيدرات الميتفورمين

ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين.

**Glucophage® 500mg**

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Chlorhydrate de metformine ..... 500 mg

correspondant à 390 mg de metformine

Excipients : ..... q.s.p un co

مع 500 مغ  
ميتفورمين قاعدة.  
واحد مختلف

**Glucophage® 500 mg**

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

50 Comprimés pelliculés

Composition :

Chlorhydrate de metformine ..... 500 mg

correspondant à 390 mg de metformine

Excipients : ..... q.s.p un co

مع 500 مغ  
ميتفورمين قاعدة.  
واحد مختلف

**Glucophage® 500 mg**

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

50 Comprimés pelliculés

Composition :

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipient : q.s.p ..... un co

Un comprimé contient 500 mg de chlorhydrate de

metformine correspondant à 390 mg de

base.

الاتجاه  
لقد  
مع  
كلورهيدرات الميتفورمين  
غير مصن

**GLUCOPHAGE® 500**

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

**COOPER**  
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca  
Sous licence de Merck Santé s.a.s.  
Pharmacien responsable : Amina Daoudi  
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كور فارما  
زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء  
تحت رخصة ميرك سانتي ش.أ.م  
الصيادي المسؤول : أمينة الداودي

**MERCK**

**Glucophage® 500 mg**

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipient : q.s.p ..... un co

Un comprimé contient 500 mg de chlorhydrate de

metformine correspondant à 390 mg de

base.