

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.

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

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

95732

Déclaration de Maladie : N° P19-0002204

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hazi Nadi Date de naissance : 6/4/55

Adresse :

Tél. : 0661155657 Total des frais engagés : complé et payé

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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.

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 المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 طبقا للمساوير 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 وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENBOUKER A. M. A. : عائلي و الشخصي

N° Affiliation : 11619181610 : خراط :

N° Immatriculation : 113141215131819 : سجل :

N° CIN : 1181412131211 : قة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : قرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse :

Montant des frais (Dhs) : 582,40 + 11,86 = 594,26 : صاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : ثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BENBOUKER A. M. A. : يد من العلاجات

Nom et prénom : BENBOUKER A. M. A. : عائلي و الشخصي

Date de naissance : 113109119154 : الازدياد :

N° CIN : 1181412131211 : اقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 98110422 : لوطني الاسترالي للممارس :

Type de soins : ملاجات

Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐ : مرض المزمن :

N° dossier ALD* : 1181412131211 : ن المرض المزمن :

Code ALD : : برض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* : Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ : يم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☒ استشفاء* : Date d'hospitalisation : : الاستشفاء :

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

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

Fait à : حررب :

Fait à : حررب :

le : 114110121021 : في :

le : : في :

توقيع المؤمن له (لها)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

لما كليا بيع 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 طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف 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 طبقا 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 وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENBOUBKER ATIA

N° Affiliation : 11619181610 خراط :

N° Immatriculation : 113141215131819 جيل :

N° CIN : 118141213121 قة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* قرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse :

Montant des frais (Dhs) : 582,40 + 1,86 = 206 صاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : ثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins يد من العلاجات

Nom et prénom : BENBOUBKER ATIA معالي و الشخصي :

Date de naissance : 113141215131819 لازدياد :

N° CIN : 118141213121 قة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP وطني الاستدلال للممارس :

Type de soins لاجات

Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐ مرض المزمن :

N° dossier ALD* : 118141213121 - المرض المزمن :

Code ALD : رض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Plu confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ في الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☒ استشفاء * Date d'hospitalisation : الاستشفاء :

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

Fait à : حرر ب :

le : 11411021021 في :

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

ح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vé-

rité : حرر ب :

le : 11411021021 في :

ع 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

الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

ما كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات الحجرية

[illegible]

CIM - 10


جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>2/9/2019</p>	<p>23.30</p>	<p>48, Avenue l'Ermilage - Casa Tel. 011.24.19.24-Fax. 021.24.19.24</p> <p>Pharmacie l'Ermilage</p> <p>48, Avenue l'Ermilage - Casa Tel. 011.24.19.24-Fax. 021.24.19.24</p> <p>Pharmacie l'Ermilage</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ 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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
11-10-2021		B: 1090 + E: 25		1486,00 DH	
INP : 0 9 3 0 6 1 0 6 7					
INP :					
INP :					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المحفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)

 Identification

 Remboursements

 Prises en charge

 Immatriculation

Menu ▾






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

 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

CN	Analyse	Val	Clefs
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

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient:

Casablanca, le

22 SEP. 2021



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

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

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

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

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V: 53DH10

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

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél: 22.18.84/26.13.36 - CASA

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

356, Rue Mostafa El Maâni (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1^{er} 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

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السامي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient : Belbouhter

Casablanca, le 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 proteines sériques | <input checked="" type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D3 | |
| <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 | <input checked="" type="checkbox"/> CRP |

Examen des urines

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

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
Rue Mostafa El Maâni
Tél: 22.18.84/26.13.36 - CASA

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinet-soulami@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 : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوير فارما
41 زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
الصيدلي المسؤول : أمينة داوي
بترخيص من ميرك سانتيه ش.أ.م - فرنسا

Composition :
Chlorhydrate de metformine 500 mg
correspondant à 390 mg de metformine base.
Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

التركيبة :
كلورهيترات الميتفورمين 500 مغ
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعدة.
سواغات : ك.ك. لقرص واحد مغلف

MERCK

GLUCOPHAGE® 500
50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



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 كوير فارما
41. زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداوي

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.

التركيبي :
كلورهيترات الميتفورمين 500 مغ
سواغ : ك.ك. لقرص واحد مغلف
يحتوي كل قرص على 500 مغ من كلورهيترات الميتفورمين
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين.

MERCK

GLUCOPHAGE® 500
50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



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 كوير فارما
41. زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداوي

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.

التركيبي :
كلورهيترات الميتفورمين 500 مغ
سواغ : ك.ك. لقرص واحد مغلف
يحتوي كل قرص على 500 مغ من كلورهيترات الميتفورمين
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين.

MERCK

Comprimé pelliculé 500 mg

Chlorhydrate de metformine
Voie orale

50 Comprimés pelliculés

Glucophage® 500mg
50 Comprimés pelliculés



Composition :
Chlorhydrate de metformine
correspondant à 390 mg de metformine
Excipients : q.s.p un comprimé

500 مغ
ميتفورمين قاعدة.
واحد مغلف

Glucophage® 500 mg
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine
Voie orale

50 Comprimés pelliculés

Glucophage® 500mg
50 Comprimés pelliculés



Composition :
Chlorhydrate de metformine
correspondant à 390 mg de metformine
Excipients : q.s.p un comprimé

500 مغ
الميتفورمين قاعدة.
واحد مغلف

Glucophage® 500 mg
Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

50 Comprimés pelliculés

GLUCOPHAGE® 500
50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



Composition :
Metformine chlorhydrate
Excipient : q.s.p
Un comprimé contient 500 mg de chlorhydrate de metformine correspondant à 390 mg de metformine base.

500 مغ
كلورهيترات الميتفورمين
قاعدة.