

# 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.

## **Education :**

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.



N° = 29256  
**Déclaration de Maladie**  
Nº P19- 047156

## **Maladie**

## **Dentaire**

## **Optique**

## **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1607 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Belkacem El Habib

Date de naissance :

01/06/31

Adresse :

Tél. : 0661167700 Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

## 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'Istiqlal Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 28 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-456262

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELAMINE EL HABIB

Date de naissance : 01/10/56

Adresse : 100 route Roudoua Malik 1

Tél. : 0661169770

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAGNACHTI Belkacem  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Casablanca 20000  
Tél. : 05 22 25 50 20



Date de consultation : 20/06/2020

Nom et prénom du malade : M. BELAMINE EL HABIB

Age :  
Adulte

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

hyper tension artérielle

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.

Le : / /

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M. attestant le Paiement des honoraires
		C 61	150.00	INP : 501 100 000 Docteur TAGNAOTI Médecin Généraliste 20 Rue de l'Assomption 92350 Levallois-Perret

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Drs Tagnati et Jules 26 Rue Jules Ferry 92350 Levallois-Perret	le 10 FEV 90	T = 641,40 DT

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

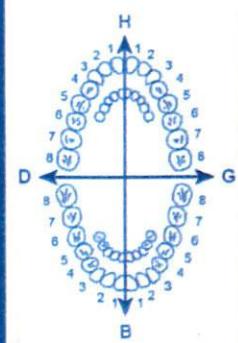
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr. TAGNAOUTI Brahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

**الدكتور إبراهيم التكناوتي**

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف ، 05 22 25 59 32

Casablanca, le .....

10 Février 2

Mr Belamine El Habb

~~109, 70x2  
193, 10  
121, 10x2  
242, 80~~ Contiflo ad 1018 2B

~~109, 70x2  
193, 10  
121, 10x2  
242, 80~~ Max Oli mg 2P 2B

~~109, 70x2  
193, 10  
121, 10x2  
242, 80~~ Algi Xene 250 2B  
1jel/10

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Tél. : 05 22 25 59 32

$T = 64.1145$





# CONTIFLO®

## Gélules à libération prolongée (Chlorhydrate de tamsulosine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 1. Dénomination du médicament

CONTIFLO® OD 0,4mg

Ce médicament contenant du chlorhydrate de tamsulosine, se présente sous forme de gélules à libération prolongée en boîtes de 10, 30 et 60.

### 2. Composition du médicament

- Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4mg
- Excipients en q.s.p. une gélule à libération prolongée : cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, copolymère d'acide méthacrylique-acrylate d'éthyle, hydroxyde de sodium, triacétine, talc, dioxyde de titane, eau purifiée
- Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, bleu brillant FCF, rouge cochenille A, jaune de quinoléine, jaune orangé S, dioxyde de titane (E171), azorubine, oxyde de fer jaune (E172).
- Liste des excipients à effet notable : rouge cochenille A, jaune orangé S, azorubine.

### 3. Classe pharmaco-thérapeutique

ALPHA-BLOQUANTS / MEDICAMENTS UTILISÉS DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE.

### 4. Indications thérapeutiques

### 8. Mises en garde spéciales particulières d'emploi

#### Mises en garde spéciales

Si vous ressentez une impression de fatigue ou sueurs (à cause d'un changement de position): il peut arriver que les manifestations CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Tout symptôme de gonflement des muqueuses peuvent être le signe d'un effet indésirable nécessitant l'arrêt du médicament. Vous devrez signaler immédiatement à votre pharmacien.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

Si vous avez des symptômes de cataracte, il est recommandé de faire appeler un ophtalmologiste.

### 9. Interactions

#### Prise ou utilisation d'autres médicaments

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment si vous êtes déjà traité par un antihypertenseur alpha-bloquant, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MEDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

### 10. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement

L'indication thérapeutique de ce médicament ne concerne pas les femmes enceintes ou allaitantes.

PPV: 193DH10

GTIN: 08901296110188  
Lot: AA31881  
EXP.: 02/2021  
S.N. BD177120549328



**أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغم**

كلورهيدرات طمسولوزين

دواء

لدى الطبيب أو الصيدلي.  
شخص آخر ولو في حالة ظهور نفس الأعراض لأن  
ذكرة في هذه النشرة، أو في حال أصبحت بعض

LOT 190503  
EXP 12/2020  
PPV 121.40DH

شامة.

دواء يستعمل بصفة عشوائية.

يستخدم هذا الدواء في علاج بعض أعراض المتصمم (زيادة المجمم) الخميد للبروستات.

ما هي حالات عدم استعمال هذا الدواء:

نواهي الاستعمال:

لا يستعمل أبداً أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغم في الحالات التالية:

- الحساسية للعروفة لهذا الدواء أو الأدوية من نفس الفئة العلاجية.

- وفمة سابقة (انفلام الجمجم، الشفاه والأنفية المخاطية) بعدأخذ هذا الدواء.

- المصابين بالانخفاض ضغط الدم الانتصابي (انخفاض الضغط عند المزور من وضعية الاستلقاء إلى وضعية الوقوف مصاحبة بدوار وتواء).

- القصور الكبدي الشديد.

عموماً لا ينصح باستخدام بين هذا الدواء وبالدوية المخفضة لضغط الدم من نفس الفئة، ألفا - مانعه، وعند المرضى الذين يعانون من إغماء النبول.

نبهات خاصة وأحتياطات الاستعمال:

يجب أخذ الخمر مع أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغم.

النبهات خاصة:

إذا كنت تشعر بأي تواء، والدوخة، والتعب أو التعرق (يسبب انخفاض الضغط الدموي خلال تغيير الوضعية) في هذه الحالة يجب الاستلقاء كي تختفي هذه الأعراض سريعاً.

إذا أعراض توسم في الوجه والشناء والأقضية قد تكون علامة على رد فعل حساسية الأدوية التي تتطلب توقف العلاج .  
يجب عليك إبلاغ الطبيب فوراً عن ذلك.

إذا كنت مستجراً قرنياً ملحوظاً جراحياً من أجل مرض الحالة يتوجب عليك إخبار طبيبك إذا كنت استعملت أو تستعمل حالياً أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغم يجب عليك أخذ الاحتياطات المناسبة معتناولك للعلاج في وقت العملية المفاجأة، في حالة جراحة الحالة يجب أن تسأل طبيبك هل يجب عليك تناوله أو إيقاف العلاج مؤقتاً.

احتياطات الاستعمال:

يجب توخي الخدر عند الأشخاص المعالجين بالأدوية المخفضة لضغط الدم، مرض القصور الكلوي المزمن، والمريضين المسنين فوق 65 سنة والمصابين بأمراض الشرايين التاجية.

نقط المثابة: لا يجب الشرب كثيراً في النساء يجب جتنب الإسهال والقيء  
الكتورول) لا يجب الشرب كثيراً في النساء يجب جتنب الإسهال والقيء

قائمة السوائل ذات آثار معروفة:

السكروز:

لا ينصح بأخذ هذا الدواء عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز سوء إمتصاص الكليكور والكلاكنتوز أو نقص في سكرار إيزومالنار (أمراض رئانية دائرة).

التفاعلات الدوائية:

أخذ أو استعمال أدوية أخرى:

قد تؤدي التفاعلات المختلطة بين عدة أدوية وخاصة إذا كنت قد خضعت للعلاج بمحض لارتفاع ضغط الدم ألفا - مانعه، يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي  
بأى علاج آخر جاري.

المحمل والرضاعة:

دواء يستعمل النساء الحامل ومروره إلى حليب الأم غير معروفة يجب استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل أخذ أي دواء.

تأثيرات هذا الدواء أثناء الحمل ومروره إلى حليب الأم غير معروفة يجب استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل أخذ أي دواء.

السائقون ومستعملو الآلات:

يجب على السائقين ومستعملي الآلات اتخاذ الخدر نظراً لخطر انخفاض ضغط الدم الانتصابي (مع الإحساس بالدوار أو الإغماء)، خصوصاً أثناء بداية العلاج .

التأثيرات القوية المرغوب فيها:

كيافي الأدوية يمكن لأوماكسن® ت.م. 0,4 ملغم أن يسبب بعض التأثيرات القوية مرغوب فيها دون أن يكون الجميع عرضة لها .  
غالباً من واحد والعشرة أو أكثر من واحد (بالألف): دوار و خاصة عند الانتقال من وضعية الاستلقاء إلى وضعية الوقوف.

استثنائياً (أقل من واحد بالثانية وأكثر من واحد بالآلاف): صداع الرأس خففان (فقدان القلب أسرع من المغادرة واللاحظ)، انخفاض ضغط الدم الانتصابي (انخفاض الضغط عند الانتقال من وضعية الجلوس أو وضعية الوقوف)، اتسداد وسبلان الأنف (التهاب مخاطية الأنف)، إسهال غليان في

# أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغ

كلورهيدرات طمسولوزين

LOT 190503  
EXP 12/2020  
PPV 121.40DH

ي الطبيب أو الصيدلي.  
من آخر ولو في حالة ظهور نفس الأعراض لأن هذا قد يكون ضاراً.  
رثة في هذه النشرة، أو في حال أصبحت بعض التأثيرات الجانبية خطيرة.

سراج، كمية دoseية برشاشة واحدة.

**الشكل والتقديم:**  
حبوب ذات خبر مدد في برشاشات، علبة من 30 و 60 برشاشة.

**ما هي حالات استعمال هذا الدواء:**

**دواء الاستعمال:**  
لا تستعمل أبداً أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغ في الحالات التالية:

- الحساسية المعرفة لهذا الدواء أو الأدوية من نفس الفئة العلاجية.
- ودمة ساقية (انتفاخ الوجه، الشفاه والأتشينية المخاطية) بعدأخذ هذا الدواء.
- المصابين بالانخفاض الضغط عند المروء من وضعية الاستلقاء إلى وضعية الوقوف مصاحبة بدوار وتوعى.
- المقصري الكلمي الشديد.
- عموماً لا ينصح بال الجمع بين هذا الدواء وبالدواء المخفض لضغط الدم من نفس الفئة، ألفا - مانعة، عند المرضى الذين يعانون من إضطراب التبول.

**تنبيهات خاصة واحتياطات الاستعمال:**  
يجب أخذ الخمر مع أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغ.

**تنبيهات خاصة:**  
إذا كنت تشعر بألم توух، الدوخة، والتعزق أو التعرق (يسبب انخفاض الضغط الدموي خلال تغيير الوضعية): في هذه الحالة يجب الاستلقاء كي تختفي هذه الأعراض سريعاً.

أي أعراض تووح في الوجه والشفاه والأتشينية المخاطية قد تكون علامة على رد فعل حساسية الأدرينالين التي تتطلب توقف العلاج.  
يجب عليك إبلاغ الطبيب فوراً عن ذلك.

إذا كنت مصرياً بخطير فإعلم جراحه من أجل مرض المجلة يتوجب عليك إخبار طبيبك إذا كنت استعملت أو تستعمل حالياً أوماكسن® ت.م. 0,4 ملغ يجب عليك أحد الأحتياطات المناسبة مع تناولك للعلاج في وقت العملية الجراحية. في حالة جراحة المجلة يجب أن تنسى طبيبك هل يجب عليك تاجيل أو إيقاف العلاج مؤقتاً.

**احتياطات الاستعمال:**  
يجب توخي المذر عند الأشخاص العاملين بالأدوية المخفضة لضغط الدموي، مرض القصور الكلوي المزمن، والمرضى المسنين فوق 65 سنة والمصابين بأمراض الكلى والشرايين التاجية.  
يجب امتنال نمط حياة معين خلال مدة العلاج خاصة: المحافظ على النشاط المبدئي، إنبعاث بخط غذائي (تجنب الوجبات الغنية، الحرارة جداً والكثيرة الكحول) لا يجب الشرب كثيراً في المساء يجب بتجنب الإسهال والقطب.  
**قابلة للسواسفات ذات آثار مهدئة:**  
السكروكر.

لا ينصح بأخذ هذا الدواء عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز سوء إمتصاص الكليكوز والكلاكتوز أو نقص في سكرياز إيزومالتاز (أمراض وراثية نادرة).

**التفاعلات الدوائية:**  
**آفة أو استعمال أدوية أخرى:**  
قد تؤدي التفاعلات المختلطة بين عدة أدوية وخاصة إذا كنت قد خضعت للعلاج بمحضن لارتفاع ضغط الدم ألفا - مانعة. يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بما على علاج آخر جاري.

**الحمل والرضاعة:**  
واعي استعمال هذا الدواء لا تخص المرأة.  
تأثيرات هذا الدواء أثناء الحمل ومروره إلى حليب الأم غير معروفة يجب استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل أخذ أي دواء.  
**السائلون ومستعملو الآلات:**  
يجب على السائلون ومستعملو الآلات اتخاذ المذر نظراً لخطر انخفاض ضغط الدم الانتحاري (مع الإحساس بالدوار أو الإغماء). خصوصاً أثناء بداية العلاج.

**تأثيرات الغير م Harmful فيها:**  
كمافق الأدوية، يمكن للأوماكسن® ت.م. 0,4 ملغ أن يسبب بعض التأثيرات الغير مرغوب فيها دون أن يكون الجميع عرضة لها:  
 غالباً (أقل من واحد بالعشرين وأكثر من واحد بالمتلعة) دوار و خاصة عند الانتقال من وضعية الاستلقاء إلى وضعية الوقوف.  
استثنائياً (أي أقل من واحد بالمتلعة وأكثر من واحد بالآلف): صداع الرأس، خفقان (نفقات القلب أسرع منه المعتاد واللاحظ)، انخفاض ضغط الدم الانتحاري (النهاب مخاطية الأنف)، إسهال، غثيان، قيء، انخفاض الضغط عند الانتقال من وضعية الجلوس أو وضعية الوقوف).

30 Gélules  
Voie orale

Composition :

naproxène ..... 250 mg  
Excipients ..... q.s.p. 1 gélule



NE PAS DEPASSER  
LA DOSE PRESCRITE

250 ®  
الجيكسن  
بركسن

ALGIXENE® 250

30 Gélules



6 118000 230069

250

®

ALGIXENE

naproxène

47,90

برنس

ALGIXENE® 250

30 Gélules



6 118000 230069



كبسولة 30  
للحروبة بالفم



Fabriqué par le laboratoire pharmaceutique  
**IBERMA**

Pharmacien responsable : N.IBNTABET  
AMM N°: 228/15 DMP/21/NRQ

**ALGIXENE® 250**  
naproxène

LOT: 06219005  
PER: 01-2024  
PPU: 42.90 DH