

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M23-007459

188699

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06083

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

el malhi amine

Date de naissance :

16/09/1957

Adresse :

N°16 rue 20 quartier Ifoga

Tél. :

06895513381

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Soukaïna EL ADIB  
Médecin Généraliste  
14, Bd. PANORAMIQUE  
Casablanca - Tél. : 05 22 52 437

Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : EL MAHI AMINA

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

6ème étage entente

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

28 DEC 2023

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 : Centre Allal Ben Abdellah

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

Signature de l'adhérent(e) : H



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/10/2023	CS	0.1	150 dh	Dr Soukaina EL ADIB Médecin Généraliste 144, Bd. PANORAMIQUE Casablanca - Tel: 05 22 52 44 37

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BENHADIA PHARMACEUTIQUE Pl. 10, 10e étage 38, Av. Wahda Al Jadida Tel: 022 29 10 456	18/10/2023	225,10
BENHADIA PHARMACEUTIQUE Pl. 10, 10e étage 38, Av. Wahda Al Jadida Tel: 022 29 10 456	18/10/2023	227,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
092042506	09/10/2023		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

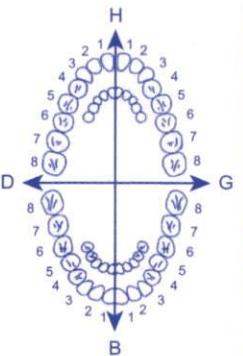
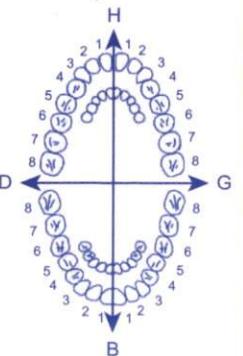
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[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

# Dr Soukaina EL ADIB

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

Echographie Générale

Suivi de Grossesse

Cupping Therapy

Suivi des Maladies Chroniques

Electrocardiographie

Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



الدكتورة سكينة الأديب

خريجة كلية الطب

بـلدار البيضاء

الطب العام

الشخص بالصدى

متابعة الحمل

الحجامة الطبية

متابعة الامراض المزمنة

التخطيط الكهربائي للقلب

الشخص المؤهل لرخصة القيادة

Casablanca le: 18/10/2023 الدار البيضاء في

Mme EL MATHI AMINA

79,40

1 / Aq 500 mg

1 q 1 g Pdt 3 j

82,10

4 Engel 20mg

63,30 1 gel 1

3 / Balleng

1 q x 3 / j

BENHADIA Fadwa  
Pharmacie du Metro  
38, Av. Wahda Al Ifriquia  
Tél: 022 29 10 13

T = 225,10

Dr Soukaina EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca Tél: 05 22 52 44 37

144 شارع المنظر العام الطابق 1 قرب صيدلية المنظر العام الدار البيضاء  
114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacia Panoramique) Casablanca

الهاتف: Tél.: 05 22 52 04 37

Dr Soukaina EL ADIB

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Echographie Générale

Suivi de Grossesse

Cupping Therapy

Suivi des Maladies Chroniques

Electrocardiographie

Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



الدكتورة سكينة الأديب

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

متابعة الحمل

الحجامة الطبية

متابعة الأمراض المزمنة

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص المؤهل لرخصة القيادة

Casablanca le: 18/10/2023 الدار البيضاء في:

Mme

EL MATTI ATTINA

M3.00 x 2

1/ Mesalazine 2,5 mg

4002-

1 cp / 7 pds 2 mois

22.500

BENHADIA Fadwa  
Pharmacie du Metro  
38, Av. Wahda Al Ifriquia  
Tél. 022 29 10 13

Dr Soukaina EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca - Tél: 05 22 52 04 37

144 شارع المنظر العام الطابق 1 قرب صيدلية المنظر العام الدار البيضاء  
114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacia Panoramique) Casablanca

الهاتف: 05 22 52 04 37

# MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg

## Olanzapine



### COMPOSITION :

	Medizapin 2,5	Medizapin 5
Olanzapine	2,5 mg	5 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, H Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc,	
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge



### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 7,5 mg boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récidives chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

#### Adulte :

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou en association.
- Prévention des récidives dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.

La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.

- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

### CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients.
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé.
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans.
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

# MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg

## Olanzapine



### COMPOSITION :

	Medizapin 2,5	Medizapin 5
Olanzapine	2,5 mg	5 mg
Excipients communs	Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, H Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc,	
Autres excipients	Oxyde de fer jaune	Dioxyde de titane Oxyde de fer rouge



### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 7,5 mg boîte de 10 et boîte de 30

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récidives chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

#### Adulte :

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou en association.
- Prévention des récidives dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.

La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.

- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

### CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients.
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé.
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans.
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitements des infections dues à

- infections respiratoires hautes et pharyngite;
- infections respiratoires basses;
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas – Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

# Euzol®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.

problèmes rénaux sévères.

avez eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament réduisant l'acidité gastrique.

un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

chercher des symptômes d'autres maladies. Si vous prenez

z informer immédiatement votre médecin si :

oids sans raison et vous avez des problèmes pour avaler,

bleurs à l'estomac ou une indigestion,

la nourriture ou du sang,

elles noires teintées de sang.

tion d'un traitement « à la c

tre médecin si les symptômes

ateur de la pompe à protons

heure à un an, peut légèrement

net ou des vertèbres. Pré

si vous prenez des cortico

une éruption cutanée, en par

tre médecin dès que possible,

EUZOL®. N'oubliez pas de mentir

une douleur dans vos articulations.

ents et EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule

decin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez

medicament y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

sur le fonctionnement d'autres médicaments et réciproquement.

prendre EUZOL® si vous prenez le médicament suivant :

dans le traitement de l'infection par le VIH).

er votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments

dans le traitement de l'infection par le VIH) ;

é pour prévenir la formation de caillots dans le sang) ;

aconazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections

ans le traitement du cancer) ;

amine ou clomipramine (utilisés dans le traitement de la dépression) ;

é dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant

é dans l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

ra nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'EUZOL®.

ro-résistants en gélule;

anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ; une

tre médecin est nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration

les gastro-résistants en gélule ;

dans le traitement de la claudication intermittente - douleur dans les

s marchez qui est causée par un apport sanguin insuffisant) ;

en cas d'indigestion ou de brûlures d'estomac),

our des problèmes cardiaques) ;

édicament utilisé en chimiothérapie à forte dose dans le traitement du

prenez une forte dose de méthotrexate, votre médecin peut

réter votre traitement par EUZOL®;

plantation d'organes) ;

é pour le traitement de la tuberculose) ;

ericum perforatum) (utilisé pour traiter la dépression).

us a prescrit les antibiotiques suivants : amoxicilline et clarithromycine

en gélule pour le traitement d'un ulcère à *Helicobacter pylori*, vous

tous les autres médicaments que vous prenez.

gélules gastro-résistants en gélule avec des aliments et des

te vos gélules avec de la nourriture ou à jeun.

ment et fertilité

te ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une

ez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce

dira si vous pouvez prendre EUZOL® pendant cette période.

oméprazole passe dans le lait maternel ; en conséquence, vous ne devez

orsque vous allaitez.

ules et utilisation de machines

ceptible d'entraîner des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et

nes. Cependant, des effets secondaires tels que des étourdissements et

peuvent survenir peu fréquemment ou rarement. Si vous êtes affectés

par l'un de ces effets

**EUZOL®, microgranules gastro-résistants**

Son utilisation est déconseillée chez les patients (maladie héréditaire rare). Si votre médecin vous prescrit des sucrels, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**3. COMMENT PRENDRE EUZOL®, microgranules gastro-résistants**

Prenez toujours ce médicament exactement comme votre pharmacien vous l'a dit. Demandez à votre pharmacien si besoin.

**LOT : 3162**  
**PER : 03-26**  
**PPV : 82DH10**

Un paquet de 40 mg d'Euzol® une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire.

- La dose recommandée après cicatrisation d'un ulcère est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour. Une fois par jour, votre médecin peut vous recommander de prendre une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.
- Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour. Une fois par jour, votre médecin peut vous recommander de prendre une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.
- Si vous avez de graves problèmes hépatiques, une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.

**En cas d'infection par la bactérie appartenant à l'ulcère duodénal et prévention de l'ulcère duodénal**

**• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**• Votre médecin vous demandera également de prendre une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**Traitement des ulcères de l'estomac associés à l'utilisation de stéroïdiens**

**• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**Prévention des ulcères associés à la prise de médicaments**

**• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac**

**• La dose recommandée est de 40 mg d'Euzol® 20 mg une fois par jour.**

**• Votre médecin vous indiquera la dose et les besoins. La dose maximale est de 80 mg deux fois par jour.**

**Poursuite du traitement après prévention intraveineuse de la récidive hémorragique**

**• La dose recommandée est de 40 mg d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 à 17 ans)**

**Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien**

**• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines peut être nécessaire.**

- La dose recommandée après cicatrisation d'un ulcère est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.
- Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.
- Si vous avez de graves problèmes hépatiques, une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.

**En cas d'infection par la bactérie appartenant à l'ulcère duodénal et prévention de l'ulcère duodénal**

**• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**

**• Votre médecin vous demandera également de prendre une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines.**



## Gélule Voie orale

# Ballonyl®

Deva  
BY AMORELLA

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Charbon activé ..... 162 mg.

Excipients : ..... qsp 1 gélule.

## FORME ET PRÉSENTATIONS

## Gélules

Boîte de 60



## PROPRIÉTÉS

Ballonyl contient du charbon végétal activé. Grâce à son fort pouvoir adsorbant au niveau intestinal, il permet la capture des gaz, des toxines et des bactéries responsables de la fermentation.

Il possède un effet bénéfique sur le processus de digestion, en luttant contre les phénomènes de ballonnements et de flatulences.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

## Voie orale

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau, 3 fois par jour à distance des repas, en complément d'une alimentation variée et équilibrée. Renouveler les prises en fonction des sensibilités individuelles.

La posologie usuelle est de 4 gélules par jour. Sur les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien, la posologie peut être portée à 6 gélules par jour.

## **GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Autorisation ministère de santé n° : DA20181805313DMP/20UCAV1