

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0027762

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0063702 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANAÏFA FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : ANAÏFA FATIMA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

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
10/03/2020	Sm		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR Abdelaziz 60, Rue 11111 - Hôpital Hassan Tél: 022 90.21.67 - CASA	9.3.2020	545,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

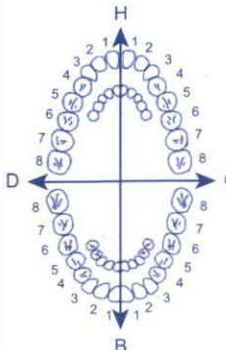
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[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 Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

• Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)

• Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

Vidéo-endoscopie digestive
Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

• خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج

• طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليوبولد بلان باريس

التشخيص بالمنظار الداخلي
الكشف بالصدى

09-03-20

N. DRAIZA Fatima

36.00

Belmou

1 fl 1/2

53.40

Ideas

Dr. SEFRAOUI Maher
Hepatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél.: 05 22 27 78 18

2

1 fl 1/2

34.00

Om

1 fl 1/2

63.40

Dr. SEFRAOUI Maher
Hepatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél.: 05 22 27 78 18

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. ZIR Abdelaziz
58, Rue Mly Thami - New Hassan
Tél.: 022 90 21 61
CASA

63.40

إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض الدولي) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 27 78 18 - الفاكس: 05 22 27 78 29 - الهاتف المحمول: 06 61 33 30 04

Résidence Jassim Houssam, 175 rue Boukraâ, 2^{ème} étage (Angle Bd. Mly Youssef, rue de la Foire Internationale) - Cas

Tél.: 05 22 27 78 18 - Fax : 05 22 27 78 29 - GSM : 06 61 33 30 04 - Email : mahersefraoui@yahoo.fr

Idéos® 500

CO

**Veillez lire attentivement
le médicament. Elle contient
votre traitement.**

- Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien pour plus d'informations à votre sujet.
- Gardez cette notice, vous y ferez référence.
- Si vous avez besoin d'informations, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent, consultez votre médecin.

- Les substances actives sont :
Calcium élément 500 mg

Quantité correspondant à carbonate de calcium 500 mg
Cholécalciférol (vitamine D3) 400 UI

Quantité correspondant en concentrat de cholécalciférol
(forme pulvérulente) 4 mg

Pour un comprimé

- Les autres composants sont :

Xylitol, sorbitol, povidone, stéarate de magnésium, arôme citron
(huiles essentielles de citron, d'orange, de litsea cubeba, maltodex-
trine, gomme d'acacia, citrate de sodium), cholécalciférol, alphasato-
phérol, graisses alimentaires, gélatine, saccharose, amidon de maïs.

**1 - QU'EST-CE QU'IDÉOS® 500 mg / 400 UI, comprimé à sucer ou
à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé à sucer, ou à
croquer. Boîtes de 2 ou 4 tubes de 15 comprimés.

APPORT VITAMINO-D-CALCIQUE.

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carence en calcium et en vitamine D,

53,40



Idéos® 500

CO

**Veillez lire attentivement
le médicament. Elle contient
votre traitement.**

- Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien pour plus d'informations à votre sujet.
- Gardez cette notice, vous y ferez référence.
- Si vous avez besoin d'informations, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent, consultez votre médecin.

- Les substances actives sont :
Calcium élément 500 mg

Quantité correspondant à carbonate de calcium 500 mg
Cholécalciférol (vitamine D3) 400 UI

Quantité correspondant en concentrat de cholécalciférol
(forme pulvérulente) 4 mg

Pour un comprimé

- Les autres composants sont :

Xylitol, sorbitol, povidone, stéarate de magnésium, arôme citron
(huiles essentielles de citron, d'orange, de litsea cubeba, maltodextrine, gomme d'acacia, citrate de sodium), cholécalciférol, alphanatophérol, graisses alimentaires, gélatine, saccharose, amidon de maïs.

1 - QU'EST-CE QU'IDÉOS® 500 mg / 400 UI, comprimé à sucer ou à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé à sucer, ou à croquer. Boîtes de 2 ou 4 tubes de 15 comprimés.

APPORT VITAMINO-D-CALCIQUE.

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carence en calcium et en vitamine D,



53,40



Idéos® 500

CO

**Veillez lire attentivement
le médicament. Elle contient
votre traitement.**

- Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien pour plus d'informations à votre sujet.
- Gardez cette notice, vous y ferez référence.
- Si vous avez besoin d'informations, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent, consultez votre médecin.

- Les substances actives sont :
Calcium élément 500 mg

Quantité correspondant à carbonate de calcium 500 mg
Cholécalciférol (vitamine D3) 400 UI

Quantité correspondant en concentrat de cholécalciférol
(forme pulvérulente) 4 mg

Pour un comprimé

- Les autres composants sont :

Xylitol, sorbitol, povidone, stéarate de magnésium, arôme citron
(huiles essentielles de citron, d'orange, de litsea cubeba, maltodex-
trine, gomme d'acacia, citrate de sodium), cholécalciférol, alphasato-
phérol, graisses alimentaires, gélatine, saccharose, amidon de maïs.

**1 - QU'EST-CE QU'IDÉOS® 500 mg / 400 UI, comprimé à sucer ou
à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé à sucer, ou à
croquer. Boîtes de 2 ou 4 tubes de 15 comprimés.

APPORT VITAMINO-D-CALCIQUE.

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carence en calcium et en vitamine D,

53,40



BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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 en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmine (E132).

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodonaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodonaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (H pylori) dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodonaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodonaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
 - Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nifédipine.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et ≥ 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H.pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUTS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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 en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmine (E132).

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodonaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodonaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (H pylori) dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodonaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodonaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nifédipine.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et ≥ 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H.pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDICIN.

BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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 en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmine (E132).

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (H pylori) dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nifedipine.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et ≥ 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H.pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDICIN.

OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium

Composition :

Composition pour 5 ml :

Hydroxyde de magnésium

Excipients : sorbitol, arôme orange, parahydroxybenzoate de propyle sodé, eau purifiée et autres excipients

Titulaire et fabricant :

Laboratoires SPIMACO MAROC km 4 ancienne route

Qu'est ce qu'OSMOSINE, et dans quels cas est-il

OSMOSINE, est présenté sous forme d'une suspension. OSMOSINE, contient une cuillère qui peut mesurer des doses de OSMOSINE, est un médicament qui possède une action laxative (d'acide dans l'estomac).

OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptomatique

Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant de la suspension.
- Si vous souffrez d'une atteinte **rénale grave**.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'appendicite, d'obstruction ou d'inflammation intestinale, tels que douleur abdominale d'origine inconnue, crampes, ventre gonflé ou douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.

PPV
34DH00