

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068272

MD: 75841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01233 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA CE MBARKA VUF KARIM IDRIS

Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : Bd Sidi MARROUFI N° 24 Casablanca

Tél. : 06/74/04/18/31 Total des frais engagés : 887,142 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.05.2021

Nom et prénom du malade : El Hachemi El Hachemi Age :

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

Nature de la maladie : Angine de poitrine

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 : Casablanca

Le : 18/06/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/06/2021      | C                 |                       | 15000                           |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/06/2021

670,10

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

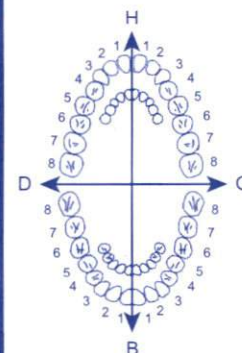
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# 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

|          |          |   |
|----------|----------|---|
|          | H        |   |
| 25533412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00000000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433553 |   |
|          | B        |   |

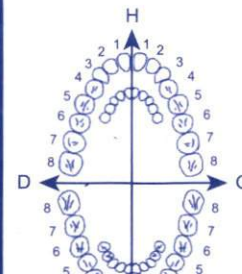
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS





Casablanca, le :

18/09/2024

Dr. Amal Zarhloule

- 1) ~~NATACON~~ 1.5 / sy cp (7990 x 3) 23970
- 2) Mycloflex cp 1 cp / 7 9400
- 3) Vitamel hb cp (2880 x 2) 5760
- 4) Melicrom 1 sy cp 1 cp / 7 8360
- 5) Belmazole gel 10 T 9600

PHARMACIE  
PUSSANCE PHARMA  
Angie Place et Rue Sidi Maarouf  
Casablanca - Tél: 0522 28 05 86  
Tél: 34647271 - Fax: 14447437  
CNSS: 9318058 - RC: 285647  
ICE: 000159678000003

9920

670,10

PHARMACIE  
PUISSANCE PHARMA  
Angle Place et Rue Sidi Mektouf  
Casablanca - Tél: 0522 28 05 86  
Fax: 0522 28 05 86  
E-Mail: 9318059 - RC: 285642  
ICE: 000189678000003

Dr. Narpent 200 gel  
0 - 0 - 1 gel

Dr. ZARHOULE Amal  
Diétologue - Nutritionniste  
Micronutritionniste  
Tél: 05 22 82 46 33

Adt  
100

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001130184

PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001130184

PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001130184

PPV : 79,90 DH

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00





# VITANEVRIL FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg. Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Benfotiamine

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 des 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.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

**Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise**  
Benfotiamine ..... 100 mg

### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée. .... qsp un comprimé  
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :  
Voie orale.
- Durée du traitement ;  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration ;  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Intolérance connue à la vitamine B1.
  - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

**N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.**

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous aviez une intolérance au fructose.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments ;
- Interactions avec les aliments et les boissons ;
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

## 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

**D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.**

## 11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

## 12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

## 13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions

- Précautions

- Tenir hors de la portée des enfants

- Ne pas utiliser

- Nom et adresse

l'AMM au Maroc

Sans objet

PER

- Nom et adresse

SYNTHEMED

20-22, Rue Za

Roches Noire

20300 Casablanca

Maroc

- la dernière date

PPV

LOT

PER

28.80

site  
re de



03/2015

352125-06

# VITANEVRIL FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg. Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Benfotiamine

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 des 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.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

**Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise**  
Benfotiamine ..... 100 mg

### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée. .... qsp un comprimé  
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :  
Voie orale.
- Durée du traitement :  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration :  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Intolérance connue à la vitamine B1.
  - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

**N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.**

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous aviez une intolérance au fructose.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## 9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments ;
- Interactions avec les aliments et les boissons ;
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

## 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

**D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.**

## 11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

## 12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

## 13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions

- Précautions

- Tenir hors de

- Ne pas utiliser

- Nom et adresse

l'AMM au Mar

Sans objet

PER

- Nom et adresse

SYNTHEMED

20-22, Rue Zo

Roches Noiret

20300 Casabi

Maroc

- la dernière date

PPV

LOT

PER

28.80

ite  
re de



03/2015

352125-06

# BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient 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 d'autre, même 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 carmin (E132), gélatine.

### 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 gastro-duodénale.
- 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 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  $\geq 10$  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 *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 nelfinavir.

### b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

#### UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

### a) POSOLOGIE USUELLE

#### • Adulte :

Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

Prévention des récurrences des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement des ulcères gastriques : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des récurrences des ulcères gastriques : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Éradication de *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale :

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou 500mg ou tinidazole 500mg), chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg une fois par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg (ou 500 mg ou tinidazole 500 mg), chacun des deux 3 fois par jour pendant une semaine.

Si le patient présente encore H pylori après cette trithérapie, le traitement peut être répété.

Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à risque (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement de l'œsophagite par reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux : la dose peut augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

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 :

LOT :

EXP :

PPV :

96/00

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de le faire avec un verre d'eau. Les gélules de Belmazol® 20 mg ne doivent pas être prises avec du lait, du jus de fruit ou du thé.