

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.

M23-012909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RADI

ABDELILLAH

Date de naissance :

26 / 08 / 1962

Adresse :

Pat RTYADE es Sa7a 21° 169 sseba 701/12

Tél. : 0658359897

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : 64

8

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



Déclaration de Maladie

N° W21-788524

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7647	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAFI ABDELILAH			
Date de naissance : 26/08/1962			
Adresse : Lot RIYAD essaPame N°149 mohamed Ali			
Tél. : 0658359897	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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-788524

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

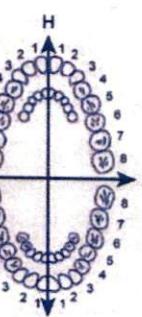
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés : Dhs de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Phage Inh. en Slims Liquide</i>	<i>25/02/2013</i>	<i>142,40</i>

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>										
Coefficient des travaux <input type="text"/>														
Montants des soins <input type="text"/>														
Début d'exécution <input type="text"/>														
Fin d'exécution <input type="text"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	Determination du coefficient masticatoire <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
		B	35533411	11433553										
		G												
Montants des soins <input type="text"/>														
Date du devis <input type="text"/>														
Date de l'exécution <input type="text"/>														

Docteur BENNANI Saïd

*Médecine Générale
Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier
Visite médicale pour Permis de Conduire
Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa
N° 18 - El Alia - Mohammedia
Tél.: 05 23 28 10 06
Urgences: 0661 52 40 53



الدكتور بناني سعيد

الطب العام
الفحص بالصدى
 بكلية الطب بمومنولي
الفحص الطبي لرخصة السياقة
خبير محلق لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء
رقم 18 العالية - الخمدة
الماتف: 05 23 28 10 06
المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le 25/02/23..... الخمدة في

N^o RAIID ABDELLAH

63,90

Biprofenz 100 mg

14,00 1 - 1 - 1

Delgrane 100mg

1 - 1 - 1

40,- Cetipred 20mg

500 mg

25,00 1/2 - 0 - 0
Lomeet 200 mg/125

1000 mg



'PHARMACIE PONT BLONDIN
Dr. JALI KOURAA

Place Tilal, 248 Bis C.R. El Mansouria
Ben Slimane - Tél./Fax : 05 23 30 30 18
Mohammedia 5704 - Patente N° 30041500
ICP : 00040075000920

Dr. BENNANI Saïd
Médecin généraliste clinique
Expert en médecine de l'automobile
Essaâda 1 - Bd. Chorafa, N° 18 - Mohammedia
Tél : 05 23 28 10 06 / 0661 52 40 53

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours, d'efficacité insuffisante ou de survenue de complications, demandez à votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou de surdosage, consultez immédiatement votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. Il existe d'autres médicaments qui contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie")

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, n'a pas d'effets délétères sur la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brusquement sans recommandations de votre médecin pour la diminution de dose. Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, éviter les infections virales et bactériennes, en particulier celles de la peau et des voies respiratoires. En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brusquement sans recommandations de votre médecin pour la diminution de dose. Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, éviter les infections virales et bactériennes, en particulier celles de la peau et des voies respiratoires.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de faire attention à votre alimentation, en particulier à la consommation de sel. Tenir compte de la teneur en sodium (5 g par jour). En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AU MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment les troubles du rythme cardiaque : astémizole, bêpridil, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, etc.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

IPV : 40DH00

PER : 12/25

LOT : L4235

suivre les

le la prise

particulier

OU DE

NTS IL

/OTRE

certaines

heuse,

Cotipred® 20 mg
prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

کامل و نیز

قص قایا للكس نو تحر: ممتد

- مرض خطير في القلب.
 - حساسية (حساسية مفرط انتبه عند استعمال بي - برو تهدبات لا يجب تناول هذا قد ترفع الأدوية مثل بي - برو الأزمة القلبية ("احتشاء ضيق") ارتفعت الهرمات و كلما طالا إذا كانت لديك تقليلية عوامل الخطير لديك من هذا السكري،ارتفاع نسبة الكوكايين لا تتجاوز الهرمات الموصوفة احتيارات الاستعمال قد يكفي بي - بروفينيدت 100 ملغم
 - سابق الروبومقتن بالتهاوى الأنف. قد يؤدي تناول هذا الأشخاص الذين لديهم حساسية لا تتناول أبداً بي - بروفينيد.
 - مرض القلب (ارتفاع ضغط الدم).
 - اضطرابات تخثر الدم.
 - مرض التهاب مزمن في الأمعاء.
 - سابق هضمية (قرحة قبيح).
 - علاج مواعي من أدوية أخرى غلوكونيكوبود، مضاداً أدوية تمنع تكون جلط دموي معنني بإحدى هذه الحالات قابلة للكسر ذات تحرير متمن.
 - سابق تفاعل جلدي عند الجلد.
 - ينصح بعدم استعمال هذا الدواء لأكثر لاب من تزامن أعراض يمكن استعمال هذا الدواء في على شكل أثار، وبالتالي يعني خلل العلاج، في حالة:
 - علامات الإصابة أو تفاقم التستيروидي، قد يخفى كيتو.
 - علامات تدل على الصدمة والعنق، توقف عن العلاج.
 - نزيف معدى معوي (قذف معوي، توقف عن العلاج).
 - اضطرابات بصورية (عدم بالنسبة للنساء، قد يغير بيها صوتينها). لا يجب تناوله إلا إذا كانت المفروضة الإيجاب.

بی-بروفینید® ت.م. 100 ملغ

- يرجى الاطلاع بانتيه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.
 - احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد.
 - إذا كانت لديك أستلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلوم من الصيدلي.
 - لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر وجود آخرين مشابهة، لأنك قد تسبب الضيق له.
 - إذا أصبح أحد الآخرين غير المرغوب فيهم خطراً أو إذا لاحظت وجود فيه غير مذكور في هذه النشرة، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو الصيدلي.

١. ما هو بي - بروفيتيد تم 100 ملخ، أقراص قابلة للكسر ذات تحrir معتمد و ما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

- مضادات الالتهابات، مضادات الروماتيزم، غير الستيرويدية (العضل والهيكل العظمي).
 - يحتوي هذا الدواء على مضاد الالتهاب غير الستيرويدي: كيبيتروفرين، يوصى لدى البالغين (ما فوق 15 سنة).
 - في علاج طويل الأمد:
 - بعض التهابات المفاصل المزمنة.
 - بعض أنواع آلام المفاصل الحاد.
 - في علاج تضيير الأمد. - بعض الالتهابات في محيط المفاصل (التهاب الورت، التهاب الجراب، ألم حاد في الكتف).
 - بعض التهابات المفاصل بسبب تراكم البلازما، مثل القرص،

بروفينيد ت م 100 ملغ، أقراص قابلة

بابلة للكسر ذات تحدى، مفتدى، في الحالات
قبل تناول هذا الدواء.

نقطاً على الطمع).

سية للكيتوبروفين أو لأحد مكونات هذا الدواء.

لات حساسية مفرطة مثل تشنج قصبي، ربو، التهاب الأنف، شرى أو تفاعلات

ي للكيتوروفين، أو لاي دواء مشابه، خاصة مضادات الالتهابات غير

لآخر، الأسبرين. تم الإبلاغ عن ردات فعل تحسسية حادة، نادراً مميتة، لدى

وغيرين على تلك السوابق،

معدى معوى أو ثقب هضمي، مرتبطة بعلاجات سابقة بمضادات الالتهابات

Indicates significant monthly difference in the mean of the two groups.

زنگنه، العدد ۱۰، آذر ۱۳۹۷

مِنْ مَرِيفِ الْمَدَّةِ إِلَى الْمُعْنَىِ الْمُتَحَوِّلِ إِلَى الْمُسْتَرِّ

عذلي معوي، تریف دماغی او ای تریف اخر،
لاین لاین

خطير في الكبد،

طبیر فی الکلی



Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables

6 118000 061908

**hémorragie gastro-intestinale grave du foie,
maladie grave du rein,
maladie grave du cœur,**

GENPHARMA

Lomet® 15 mg et 30 mg



Lansoprazole

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Lansoprazole 1

Excipients qsp

Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

PROPRIÉTÉS :

Lomet® est un anti-ulcéreux, inhibiteur spécifique de la pompe à proton.

Son action au niveau de la phase terminale de sécrétion permet de

INDICATIONS :

Lomet® 15 mg est indiqué pour :

- Le traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien.
- Le traitement d'entretien et prévention des œsophagites par reflux.
- Le traitement d'entretien des ulcères duodénaux.
- Le traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les AINS.

Lomet® 30 mg est indiqué pour :

- L'éradication de Helicobacter-pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale, en association avec d'autres thérapeutiques.
- L'ulcère duodénal ou gastrique évolutif.
- L'œsophagite par reflux gastro-œsophagien.
- Le syndrome de Zollinger- Ellison.

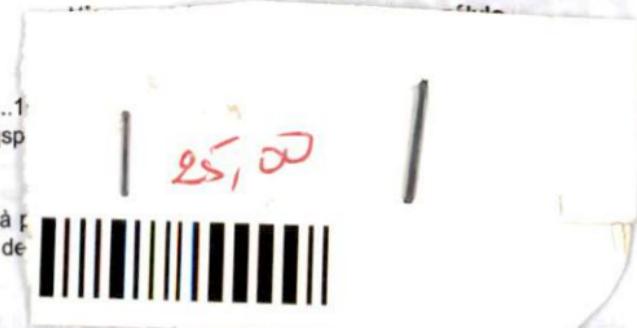
POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Lomet® 15 mg :

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien : 1 gélule à 15 mg par jour. La posologie peut être augmentée jusqu'à 30 mg par jour si nécessaire.
- Par la suite, un traitement intermittent pourra être administré au moment des crises.
- Traitement d'entretien et prévention des œsophagites par reflux : 1 gélule à 15 mg par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux : 1 gélule à 15 mg par jour.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens : 1 gélule à 15 mg par jour.

Lomet® 30 mg :

- Eradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale : 1 gélule à 30 mg par jour.



Lomet® 30 mg

7 Gélules

6 118000 130499

... par jour.

... ulcériens : 1 gélule à 15 mg par jour.