

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7414 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benkhalid Fathou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0662466425 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 :

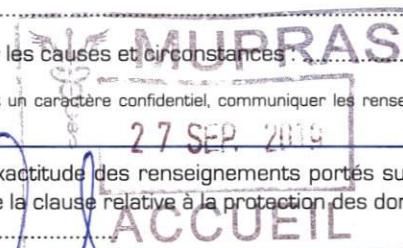
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : Benkhalid



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOEUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 723796

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benkiran Saloua  
 Matricule : 7414 Fonction : Reformée Poste :  
 Adresse :  
 Tél. : 0662466425 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benkiran SALOUA Age 11  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin :  
 Nature de la maladie : Benkiran Ahmed ALAOUI BOUHANID  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
 A 00h le 04/09/19 Durée d'utilisation 3 mois  
 Signature et cachet du médecin Dr. Ahmed ALAOUI BOUHANID  
 Centre Dentaire C.I.Y Casablanca  
 Tel: 0529465742, Rue Lalla Aoudia 42, Casablanca  
 Tel: 0529465742, Rue Lalla Aoudia 42, Casablanca  
 Tel: 0529465742, Rue Lalla Aoudia 42, Casablanca

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

723796



Matricule N° : 7414  
 Nom du patient : Benkiran Saloua  
 Date de dépôt :  
 Montant engagé  
 Nombre de pièces jointes : Consultation 400 + 253,40 Dhs

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| des | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|     |                  |                       |                                 |  |
|     |                  |                       |                                 |  |
|     |                  |                       |                                 |  |
|     |                  |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| nom du Pharmacien du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------|----------|-----------------------|
|                                  | 10/03/19 | 253,40                |
|                                  |          |                       |
|                                  |          |                       |
|                                  |          |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Chet et Signature du Médecin et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Chet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                |                 |        |    |    |    |                                 |

## VOLET ADHERENT

Entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs demandés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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                           | Nature des Soins | Cœfficient |   |
|---------------------------|--|------------------|------------|---|
|                           | 38                                       | CAP              | D<br>10    |   |
|                           |  |                  |            | MONTANT DES SOINS<br>400.                         |
|                           |  |                  |            | DEBUT D'EXECUTION                                 |
|                           |  |                  |            | FIN D'EXECUTION<br>4/3/19                         |
|                           |  |                  |            |   |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                  |            |   |
|                           | 25533412                                 | 21433552         |            | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                            |
|                           | 00000000                                 | 00000000         |            |   |
|                           | 00000000                                 | 00000000         |            | MONTANT DES SOINS                                 |
|                           | 35533411                                 | 11433553         |            |   |
|                           |  |                  |            | DATE DU DEVIS                                     |
|                           |  |                  |            | DATE DE L'EXECUTION                               |
|                           |  |                  |            |   |
|                           |  |                  |            | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |
|                           |  |                  |            | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |
|                           |  |                  |            |   |

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie  
Implantologie - Prothèse fixée  
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



CLINIQUE  
DENTAIRE  
CIL

الدكتور أحمد العلوي بوحميد

طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في أمراض اللثة  
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le :

04/09/2019

الدار البيضاء في :

Mme Benkiraou SALOUA

IF: 40909045

ICE: 001784424000064

Fracture

Soin au Composite n° 38

400,

03 OCT. 2019

BPL

Drs

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca

Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)

Tél. : 05 22 94 65 74

Fax.: 05 22 94 59 81

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie  
Implantologie - Prothèse fixée  
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بوميد

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في أمراض اللثة  
الغرس وتعليق الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le :

06/09/2013

الدار البيضاء

102,00

1/ Bi Rodo 64 L

SS.40 10P 3 hi 85

2/ Surgew 200

10P 3 bi / pol 3 64

3/ Bel Mazzol

96,00 14 / le 8015

253,40

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca  
Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)

Tél. : 05 22 94 65 74  
Fax.: 05 22 94 59 81

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL Casablanca  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

PHARMACIE LE GALIEN  
77, RUE DE ROMA - CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 61 00  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 61 01  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 61 02  
CASABLANCA

# سوركام® 200 ملг

حمض تيaproوفينيك  
أقراص قابلة للكسر

في حالة الشك، من اللازم استشارة الطبيب أو الصيدلي  
بـ. ت慎دوات خاصة :  
لا يجب تناول هذا الدواء إلا تحت مرافقية طبية.

يجب إخبار الطبيب :

- في حالة سوائية الريبو-المقتنن بزكام مزن أو التهاب مزن للجيوب الأنفية أو أورام في الأنف. قد يؤدي تناول سوركام إلى آرمة ربو.

الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال):  
- في حالة علاج مزمن بمضادات حمض تختار الدواء. قد يؤدي هذا الدواء إلى ظهور أعراض معدية معوية خطيرة.

- في حالة تشقق ما يجب تغريم المراقبة الطبية  
- في حالة جدرى الماء. لا ينصح بهذا الدواء بسبب إصابة استثنائية

طفرية في الجلد.

يجب توقف العلاج فوراً في حالة :

- تزيف معدى معوي  
- إصابة خطيرة في الجلد على شكل نفقات وحرق على كل الجسم (أثار غير مرغوب فيها ومؤلمة).

- علامات تدل على الحساسية لهذا الدواء، وخاصة آرمة الريبو أو الانفحة المفاجئ للوجه والعنق (أثار غير مرغوب فيها ومؤلمة).  
- انتصاف فوراً بالطبيب أو بمصلحة الاستعجالات الطبية.

ثـ. احتياطات الاستعمال :  
يوجد هذا الدواء في أشكال جرعات أخرى قد تكون أكثر تناضاً.

نظر لضرورة تكيف العلاج، من المهم استشارة الطبيب في حالة سوائية هضمية (حرقة قوية للمعدة أو المعي الانثاشري)، تزيف هضمي.

- مرض القلب أو الكبد أو الكلى.  
- الريبو: قد يكون ظهور آرمة الريبو لدى بعض الأشخاص ارتباطاً بالحساسية للأورام أو لمضادات الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال).

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ثـ. التفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :  
من أجل تفادى تفاعلات ممحتلة بين عدة أدوية، وخاصة مع مضادات التهابات غير الستيرويدية، الأورام، والأسبرين،

تغدر الدواء بالمفعول ومضادات الالتهابات الأخرى غير الستيرويدية (بما فيها الأورام ومتانتها) والهيبارين والليتوبون ومتانتيكتان (جرعات تتجاوز 15 ملـ في الأسبوع).  
يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بانتظام عن أي علاج آخر موالي.

جـ. الحמל والرضاعة :  
خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع

الطمث

أي 12 أسبوعاً بعد أول يوم من آخر حيض).

عند الحاجة، قد يتعين على الطبيب وصف هذا الدواء لك.

## 1. تعريف الدواء

أـ. الاسم :  
سوركام 200 ملـ، أقراص قابلة للكسر

بـ. المكونات :

حمض تيaproوفينيك

السواغ: نشا الذرة، بليورونيك F68، سيارات المغذسيوم، مالك

تـ. الشكل الصيدلي :

أقراص قابلة للكسر، علبة 20

ثـ. الصنف الصيدلي/العلاجى :

مضاد لالتهابات، مضاد الروماتيزم، غير الستيرويدى.

2. حالات استعمال هذا الدواء

(إرشادات علاجية)

يوصى هذا الدواء لدى البالغين والأطفال ابتداء من 20 كلغ (أي تقريراً

ابتداء من 6 سنوات):

• في علاج طويل الأمد :

- بعض التهابات الروماتيزم المزمنة.

- بعض أنواع آلام المفاصل الحار

• في علاج تضيق الأبدان :

- الآلام التهاب المفاصل الحار

- الآلام قوية حادة

- آلام وآلام نتيجة صدمة

• خلال حypress مؤلم

• في علاج بعض الآلام الالتحابية (الحنجرة، الأذن، الفم، الأنف)

3. انتباـ

أـ. حالات عدم استعمال هذا الدواء :

(موانع الاستعمال)

لا ينصح بتناول هذا الدواء في الحالات التالية :

- بعد الشهر الخامس من الحمل 24 أسبوع من انقطاع الطمث).

- سوائية الحساسية أو الريبو بسبب هذا الدواء أو دواء مماثل، ولا سيما

مضادات الالتهابات غير الستيرويدية، الأورام،

- سوائية الحساسية لأحد مكونات الفرض

- حرقة المعدة أو المعي الانثاشري في تطور

- مرض خلوي في الكبد

- مرض خلوي في الكلى

- مرض خلوي في القلب

- أطفال ونهم دون 20 كلغ، أي حوالي 6 سنوات (بسبب عدم تناول

الجرعة)

# Surgam® 200 mg

Acide tiaprofénique

comprimé sécable.



LOT : MMA 148  
PER : 08/2021  
P.P.V : 55DH40

SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
6 118000 060857

vite chronique,  
dans le nez,  
crise d'asthme,  
aspirine ou à un  
oncomitant. Ce  
médicament peut entraîner des manifestations gastro-  
intestinales graves ;  
- en cas d'infection. La surveillance médicale doit être renforcée ;  
- en cas de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

INTERROMPRE IMMÉDIATEMENT LE TRAITEMENT en cas de :

- hémorragie gastro-intestinale,

- lésions sévères de la peau à l'aspect de cloques et de brûlures

sur tout le corps (cf. Effets non souhaités et gêneras).

- signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme ou brusque gonflement du visage et du cou (cf. Effets non souhaités et gêneras).

CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE

MEDICAL D'URGENCE.

c) Précautions d'emploi :

Ce médicament existe sous forme d'autres dosages qui peuvent être plus adaptés.

En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas :

- d'antécédents digestifs (ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien), hémorragie digestive,

- de maladie du cœur, du foie ou du rein,

- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-

inflammatoire non stéroïdien (cf. Contre-indications).

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

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine et ses dérivés), l'héparine, le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) Grossesse-Alaitement :

Au cours du 1er trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.

De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :  
(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),

- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,

- antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé,

- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,

- maladie grave du foie,

- maladie grave des reins,

- maladie grave du cœur,

- enfants de moins de 20 kg, soit environ 6 ans (en raison du dosage inadapté).

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

b) Mises en garde spéciales :

CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

بيرود

سيميراميس

ميتوبيدازول

قرص مقا

يرجي الا

احتظ

إذا كان

لقد و

1 تعر

الأسم

بيرودوجيل، القرص

ب المكونات

سيميراميسين

ميتوبيدازول

السواغات : نشا الذرة، بوفيدون 30

، كروسكارميلاز الصودي، سيلولوز مصفر ميلو

غرواني الالاماتي، سوريبيول، ستارات المغنيسيوم، سيلولوز مصفر ميلو.

هيبروميلاز، ماكروجول 6000، ناتي أكسيد النيتان، لكل قرص ملطف.

ت الشكل الصيدلي والتقديم :

أقراص ملطفة، على 15

ث الصنف الصيدلي العلاجي

هذا الدواء تركيبة من مضادات حيوية ومضادات الجراثيم من فئة ماكروجول

ومن فئة إيميدازول.

2 في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصى هذا الدواء :

في علاج تهافتات الفم والأسنان (تفريح الأسنان، التهابات موضعية حادة،

تهافتات اللدغ العابية)،

في الوقاية من بعض التهافتات الموضعية التي قد تظهر بعد جراحة الفم

والأسنان.

3 انتباها

أ في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يبقي استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

حساسية معروفة اتجاه سميراميسين / أو إيميدازول أو اتجاه أحد مكونات

هذا الدواء،

الأطفال دون سن 15.

عامة ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في استعمال مشترك مع والأدوية المحتوية على الكحول، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة

ديسولفيروم (دواء يستعمل في الانتفاض عن الكحول)، الكحول أو الأدوية عن أي علاج آخر موازي

المحتوية علىه

في حالة الشك، من المزودي استشارة الطبيب أو الصيدلي

ب. تحذيرات خاصة :

يتنقل سميراميسين وميتوبيدازول إلى حليب الأم، وبالتالي يجب تفادي

تناول هذا الدواء في حالة الرضاعة.

في بداية العلاج، يشير ظهور أحمرار منتشر في الجسم باكتمه مع بثور

2020000034843

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الحمل عند الحاجة، في أي وقت من الحمل

يتنقل سميراميسين وميتوبيدازول إلى حليب الأم، وبالتالي يجب تفادي

تناول هذا الدواء في حالة الرضاعة.

# 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.

## 4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

1 à 2

fois

(ou

0 mg

de

ts à

agié

peut

jour

meures à

96,00

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### 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

### c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

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 MÉDICAMENT ?

### Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H pylori*) dans la ulcéruse 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'entretenir 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 MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ 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 neflénavir.

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

#### UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- 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 gastro-intestinales, comme une infection par *salmonella* et par *campylobacter*.

### • 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 MÉDECIN.

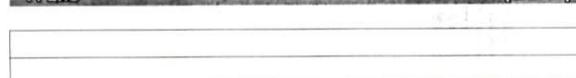
### b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les avaler en entier avec un demi-verre d'eau. Les gélules ne doivent pas être mordées ni croquées.

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 -Fax: 0522 94 59 81

Création 04/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019



Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 -Fax: 0522 94 59 81

Création 06/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019  
06/09/2019 - 38 - Lin.

