

RÉCOMMANDATIONS 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 à caractère personnel.

MUPRAS - Centre de Services Médicaux - Centre El-Hajjaj - Rue Mohamed Fakir et Rue Ali
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18



Déclaration de Maladie

N° W19-548537

ND : 32587

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009082 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAATORA ICHA Vve BEN RAFAIA ABDESSAMIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0666512941 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LEMBACHAR Nouredine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/06/2020

Nom et prénom du malade : LAATORA ICHA Vve Age : 60 ans

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

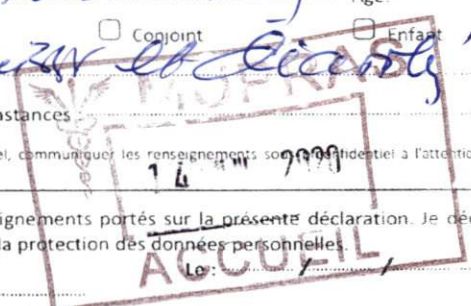
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

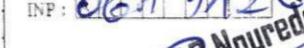
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 07/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
21/06/2020	Q	x1	1500	INF: 061199126 

INP :

INP: 061591260

Dr. LEMBACHAR NOUREDDINE
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
974 30 - Belle

Tél.: 0522 33 74 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/2020	498.50

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires[illegible]

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	Nature des Soins	Coefficient	INF : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				
				DEBUT L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				
				FIN L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																				

Dents
Traitées

Nature d
Sains

Coefficient

NP: _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOUS

DEBIT
DIRECTION

FIN
L'EXCEL IT 1.0

<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433332</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433333</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection</p>	H		25533412	21433332	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433333	B		<p>MONTANTS DES SOINS</p>
H																
25533412	21433332															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433333															
B																
		<p>DATE DU DEVIS</p>														

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

255334

1

- 5 -

3

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Certificats de compétences :

- Gynéco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء والتوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الألم

صيدلية ابن رشد
Pharmacie IBN ROCHD
Dr. LHACHEMI MANSOUR
30, Rue Moulay Ibrahim Laazhar
BERRECHID - Tél.: 0522 32 70 47
Fait à Berrechid, le 01/06/2020

110.10 CARTON Achevé.

① SEPACEN 210 (S.V)
1 0 1

198.0
② Zalcyl (S.V)
1 0 2

41.15
③ Cataflam (S.V)
1 0 2

216.10
④ Eutol 40 (S.V)
1 0 1

58.10
⑤ Etkip 2 (S.V)
1 0 1

Dr. LEMBACHAR Nourddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél : 0522 33 74 30 - Daire

18.30

Aspance Sp



19 x 87

498.50

Dr. LEMBACH Nouredine
42, ~~Dir Anzarane~~
Quartier Industriel
Tel.: 0522 33 74 30 - Berrechid

صيدلية ابن رشد
Pharmacie IBN ROCHD
Dr. LHACEMI HAFSA
30, Rue Moulay El Bachir
BERRECHID - 34000 - 0522 32 70 47

250 mg SEPCEM® 500 mg SEPCEM® 750 mg
Boîte de 10 comprimés pelliculés
D.C.I. : ciprofloxacine

attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de 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 votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

• Que contient cette notice :

1. Où est-ce que SEPCEM® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SEPCEM® ?
3. Comment prendre SEPCEM® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver SEPCEM® ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE SEPCEM® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Fluoroquinolone - code ATC : J01MA02.

SEPCEM® contient une substance active, la ciprofloxacine. La ciprofloxacine est un antibiotique appartenant à la famille des fluoroquinolones. Elle agit en tuant les bactéries responsables des infections. Elle est active uniquement sur certaines souches spécifiques de bactéries.

Adulte : L'adulte, SEPCEM® est utilisé pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des voies respiratoires.
- Infections persistantes ou récurrentes de l'oreille ou des sinus.
- Infections urinaires.
- Infections des testicules.
- Infections des organes génitaux chez la femme.
- Infections gastro-intestinales et infections intra-abdominales.
- Infections de la peau et des tissus mous.
- Infections des os et des articulations.
- Prévention d'une infection due à la bactérie *neisseria meningitidis*.
- Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEM® peut être utilisé dans le traitement de patients présentant un faible taux de globules blancs (neutropénie), et ayant de la fièvre, dont on suppose qu'une bactérie en est la cause.

Si vous présentez une infection sévère ou une infection due à différents types de bactéries, un traitement antibiotique additionnel pourra vous être prescrit en complément de SEPCEM®.

Chez l'enfant et l'adolescent :

SEPCEM® est utilisé chez l'enfant et l'adolescent, sous le contrôle d'un spécialiste, pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des poulmons et des bronches chez l'enfant et l'adolescent atteint de mucoviscidose.
- Infections urinaires compliquées, y compris les infections ayant atteint les reins (pyélonéphrite).

• Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEM® peut également être utilisé pour traiter d'autres infections sévères spécifiques de l'enfant et de l'adolescent si votre médecin le juge nécessaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SEPCEM® ?

• Ne prenez jamais SEPCEM® dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active, aux autres quinolones ou à l'un des autres composants contenus dans SEPCEM® (voir rubrique 6).
- Vous prenez de la tizanidine (voir rubrique 2: Prise d'autres médicaments).

Mise en garde et précaution d'emploi :
Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre SEPCEM®.

Adresser votre avis à votre médecin avant de prendre SEPCEM® si :

- Vous avez déjà présenté des problèmes rénaux car il pourra être nécessaire d'adapter votre traitement.
- Vous souffrez d'épilepsie ou d'une autre affection neurologique.
- Vous avez déjà eu des problèmes aux tendons avec des antibiotiques de la même famille que SEPCEM®.
- Si vous êtes diabétique parce que la ciprofloxacine risque de vous occasionner une hypoglycémie.
- Vous souffrez de myasthénie (maladie rare qui entraîne une faiblesse musculaire) en raison du risque d'aggravation des symptômes.
- Si vous savez que vous présentez, ou qu'un membre de votre famille présente un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), car la ciprofloxacine peut vous occasionner une anémie.
- Si vous avez des problèmes cardiaques.
- Si vous avez reçu un diagnostic d'hypertrophie ou de "renflement" d'un gros vaisseau sanguin (anévrisme aortique ou anévrisme périphérique d'un gros vaisseau).
- Si vous avez déjà eu un épisode antérieur de dissection aortique (une déchirure

de la paroi artérielle).

• Si vous présentez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique ou de dissection aortique ou d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu conjonctif comme syndrome de Marfan ou syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire) ou des troubles vasculaires comme l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules géantes ou la maladie de Behçet, l'hypertension artérielle ou une athérosclérose.

Ce type de médicament doit être utilisé avec précaution chez les personnes ayant des antécédents familiaux observés à l'ECG, qui est un examen de l'activité électrique du cœur. Si vous présentez un déséquilibre des faibles concentrations de potassium (insuffisance cardiaque), si vous avez un rythme cardiaque très irrégulier (insuffisance cardiaque), si vous êtes sous d'autres médicaments qui ont des effets similaires, consultez votre médecin.

• Si vous avez d'autres problèmes de santé, consultez votre médecin. Prenez d'autres médicaments avec précaution.

Pour le traitement de certaines infections, votre médecin peut vous prescrire un autre médicament pour améliorer les symptômes. Consultez votre médecin.

• Prévenez immédiatement votre médecin si vous présentez pendant que vous prenez SEPCEM® des effets indésirables graves.

• Réaction allergique sévère (anaphylaxie). Dès la première réaction allergique sévère, consultez votre médecin.

• Réaction allergique sévère (anaphylaxie). Dès la première réaction allergique sévère, consultez votre médecin.

• Si vous avez des troubles des artères, consultez immédiatement votre médecin.

• Des douleurs ou gonflements occasionnels, mais également un traitement à base de tendons peuvent survenir pendant le traitement.

• Si vous avez des troubles des artères, consultez immédiatement votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.

• Si vous souffrez d'épilepsie, consultez votre médecin.



SEPCEM 250 mg
10 Comprimés



on d'ulsiue
indiv

ت. وثيرة وأوقات استعمال الدواء

1 إلى 3 مرات في اليوم، حسب الاستعمالات.

ث. مدة العلاج :

لكي يثبت هذا المضاد الحيوي فعاليته، يجب استعماله بانتظام بالجرعات الموصوفة، وطالما ينصح به الطبيب.

لا يعني اختفاء الحمى أو أحد الأعراض أنك شفيت تماما. فالشعور المحتمل بالتعب غير ناجم عن العلاج بالمضاد الحيوي لكن عن التعفن بذاته. ولن يكون لخفض العلاج أو توقيفه أي تأثير على هذا الشعور وسيتوخر شفائك.

حالات خاصة : تدوم مدة علاج داء

طفلي) 5 أيام: تدوم مدة علا-

وبعض الالتهايمات المهبلي

للمشعرة (تعفن ناتج عن طفلي

ج. ما العمل في حالة جرعة

في حالة القيء، صعوبة في تنسيو

قد يتعين عليه وصف علاج

5. التأثيرات غير المرغوب فيها والعمر

كمثل كافة الأدوية، قد يؤدي هذا الد

تأثيرات مزعجة شيئا ما.

• أعراض هضمية :

- غثيان، قيء، تشنجات في المعدة، إسهال؛

- التهاب اللسان مع شعور بجفاف الفم، التهاب

الفم، فقدان الشهية؛

- استثنائيا، حالة التهاب البنكرياس الذي يزول بعد إيقاف العلاج.

• أعراض جلدية ومخاطية :

- هبات حرارية مع احمرار الوجه، حكة، طفح على الجلد مصحوب

أحيانا بالحصى؛

- شرى (طفح جلدي يشبه لدغة نبتة القراص)، انتفاخ مفاجئ في

الوجه والعنق ذات أصل تحسسي (وذمة كوينك)، استثنائيا صدمة ذات

أصل تحسسي.

• أعراض عصبية :

- آلام الرأس؛

- إصابة أعصاب الأطراف؛

- اختلاجات، دوام، سوء تنسيق الحركات الإرادية.

• أعراض نفسية :

- ارتباك، هلوسة؛

• اضطرابات دموية :

- حالات جد نادرة لنسب منخفضة بشكل غير عادي للكريات البيضاء

أو الصفائح في الدم.

• أعراض كبدية :

- حالات جد نادرة غير طبيعية وقابلة للانعكاس للبيان الكبدية

والتهاب الكبد الناتج عن انسداد المسالك الصفراوية.

• أعراض أخرى :

- تلون البول بالبنّي المحمر ناتج عن الدواء.

أخبر الطبيب أو الصيدلي عن أي تأثير غير مرغوب فيه ومزعج لم يذكر

في هذه النشرة.

6. الحفظ

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة الخارجية.

7. تاريخ مراجعة النشرة

أبريل 2009.

8. نصائح/تربية صحية

"ما ينبغي معرفته حول المضادات الحيوية ؟"

تتميز المضادات الحيوية بفعاليتها لمكافحة التعفنات الناجمة عن

البكتيريا. لكنها غير فعالة ضد التعفنات الناتجة عن الفيروسات.

لذلك قرر طبيبك أن يصف لكم هذا المضاد الحيوي لأنه يناسب تماما

حالتكم ومرضكم الحالي.

تتمكن البكتيريا من البقاء أو التكاثر رغم فعل هذا المضاد الحيوي.

وتسمى هذه الظاهرة بالمقاومة، التي تبطل مفعول بعض المضادات

الحيوية.

تزداد المقاومة بفعل الاستعمال المفرط أو غير الملائم للمضادات

الحيوية.

قد تشجعون ظهور البكتيريا المقاومة وبالتالي تأخير شفائكم أو حتى

إبطال مفعول هذا الدواء في حالة عدم احترام :

• الجرعة الواجب تناولها،

• أوقات الجرعة،

• مدة العلاج.

وبنتيجة لذلك، من أجل الحفاظ على فعالية هذا الدواء :

1. لا تستعملوا مضادا حيويا إلا إذا وصفه لكم الطبيب،

2. احترموا وصفة الطبيب احتراما تاما،

3. لا تستعملوا المضاد الحيوي مجددا دون وصفة طبية، حتى لو

اعتقدتم مكافحة مرض مماثل في الأعراض.

4. لا تعطوا هذا المضاد الحيوي إلى أي شخص آخر، قد لا يكون

مناسبا لمرضه.

5. عند الانتهاء من علاجكم، ارجعوا للصيدلي كافة العلب المفتوحة

من أجل التخلص منها على الوجه الصحيح والملائم.



Euzol®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.

problèmes rénaux sévères.

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

un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

quer des symptômes d'autres maladies. Si vous

informez immédiatement votre médecin si :

vous avez des problèmes pour avaler,

vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion,

vous avez des vomissements ou du sang,

des selles noires teintées de sang.

Après l'arrêt d'un traitement « à la demande » en fonction des besoins,

informez votre médecin si les symptômes persistent ou se modifient.

Le traitement par la pompe à protons tel que l'ésoméprazole, en particulier

à long terme, peut légèrement augmenter le risque de fracture

des os du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous savez

si vous prenez des corticostéroïdes (qui peuvent augmenter le risque)

de développer une éruption cutanée, en particulier au niveau des zones exposées

à la lumière du soleil. Informez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter

le traitement par EUZOL®. N'oubliez pas de mentionner également tout autre

médicament que vous prenez et toute douleur dans vos articulations.

EUZOL® et EUZOL® microgranules gastro-résistants en gélule

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris

ou prenez un médicament y compris les médicaments obtenus sans

ordonnance sur le fonctionnement d'autres médicaments et réci-

proprement EUZOL® si vous prenez le médicament suivant :

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

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un

des médicaments suivants :

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

utilisés pour prévenir la formation de caillots dans le sang

comme le fluconazole ou le voriconazole (utilisés dans le traitement

de la candidose) ;

utilisés dans le traitement du cancer ;

comme la tramadol ou le clomipramine (utilisés dans le traitement

de la dépression) ;

utilisés dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou

de la migraine ;

utilisés dans l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une

surveillance sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'admini-

stration de médicaments gastro-résistants en gélule ;

les médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine

ou le coumatin. Votre médecin est nécessaire au début et à l'arrêt de l'

administration de médicaments gastro-résistants en gélule ;

utilisés dans le traitement de la claudication intermittente - do-

nt les douleurs au pied qui est causée par un apport sanguin insuffisant) ;

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

utilisés pour des problèmes cardiaques) ;

le médicament utilisé en chimiothérapie à forte dose dans le traitement du

cancer. Si vous prenez une forte dose de méthotrexate, votre médecin peut

arrêter votre traitement par EUZOL® ;

utilisés pour la transplantation d'organes) ;

utilisés pour le traitement de la tuberculose) ;

le médicament utilisé pour le traitement de la dépression).

Si vous avez pris des antibiotiques suivants : amoxicilline et clarithromycine

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

devez également prendre tous les autres médicaments que vous prenez.

EUZOL® microgranules gastro-résistants en gélule avec des aliments et des

boissons

Prenez vos gélules avec de la nourriture ou à jeun.

EUZOL® et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une

grossesse, consultez votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce

médicament. Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre EUZOL® pendant cette période.

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

pas allaiter lorsque vous prenez EUZOL®.

EUZOL® et utilisation de machines

EUZOL® n'est susceptible d'entraîner des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et

à utiliser des machines. Cependant, des effets secondaires tels que des étourdissements et

des maux de tête peuvent survenir peu fréquemment ou rarement. Si vous êtes affectés

vous ne devez pas

conduire un véhicule

ou utiliser des machines

chez les personnes

qui prennent ce

médicament

EUZOL®, micro-

granules gastro-

résistants en gélule

avant de conduire

un véhicule ou d'

utiliser des machi-

nes.

depuis l'arrêt d'un

traitement, surveil-

lez votre état et

les symptômes

de gêne

à l'estomac

ou de diarrhée

pendant 18

jours.

lam

EUZOL® une fois par jour pen-

Un traitement supplémentaire de 4 sema-

ne.

atrisation

ne pas d'inf

ar jour. Une

er de prendre

èmes hépati-

actérie app

révention de

l'une gélule d'

mandera égale-

ment l'arithromycine.

des de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

de l'estomac a

216,00

Euzol® 40mg
28 Gélules



Traitement des symptômes d'acidité dans l'estomac

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

• Votre médecin vous indiquera la dose et la durée du traitement en fonction de vos besoins. La dose maximale est de 80 mg par jour.

Poursuite du traitement après guérison de l'ulcère du duodénum

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

Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus)

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (RGO)

• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg d'EUZOL® une fois par jour pendant 4 semaines.

• La dose recommandée après cicatrisation de l'ulcère du duodénum est de 40 mg d'EUZOL® une fois par jour.

• Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est de 20 mg d'EUZOL® une fois par jour.

• Si vous avez de graves problèmes hépatiques, votre médecin vous donnera une dose plus faible.

En cas d'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* et prévention de la récurrence

• La dose recommandée est d'une gélule d'EUZOL® 40 mg une fois par jour pendant 14 jours.

• Votre médecin vous demandera également l'amoxicilline et de la clarithromycine.

EFFIPRED®

(Prednisolone)

PRESENTATIONS

- Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
- Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg
Prednisolone (sous forme de métabolite)
Excipient qsp.....
- Comprimés effervescents à 20 mg
Prednisolone (sous forme de métabolite)
Excipient qsp.....

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique. Il possède des propriétés anti-inflammatoires, antiallergiques et immunosuppressives.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, dermatologiques, et dans les connectivites et autres maladies auto-immunes.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription médicale.
- Prendre les comprimés dissous dans de l'eau, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotique.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, etc.).
- États psychotiques encore non contrôlés par traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium.
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



