

# 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLADUI KHANATA

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 lot KHALIFAoui oujda

Tél. 061 820 500.

Total des frais engagés : 620,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2023

Nom et prénom du malade : SLADUI KHANATA

Age : 66

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : Oujda

Le : 17/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0053704

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Déclaration de Maladie

M22- 0053704

154592

RAM.  
RETRAITÉ.

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

## **RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/03/2023      | ES                |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| DR ZAKRAOUI MOHAMMED<br>PHARMACIE LA GELMIHOU<br>NPE: 08087-85<br>Tél: 0656 70 47 98 / GSM: 061 49 82 32 | 13/03/2013 | 320,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

~~Mr. NOURI Moussa  
Chercheur en chirurgie générale  
et clinique en Unité d'anatomie  
opératoire Achiqha  
10120 Tizi Ouzou~~

*g* → Slope <sup>70°</sup> *W. vertical*

**Wuensche** - 12141  
10510 Berlin  
**Dr. ZAKRABOUDI MOKHTARI**  
INN: B.D. Med. Beiträger - OUTDA:  
Tgl. 05.08.70 47.96 / GSM: 0881 09 82 32  
82, Bd. Med. Beiträger - OUTDA:  
PHARMACEUTICAL CLINIQUE  
Dr. ZAKRABOUDI MOKHTARI  
280,00

Clinique Achifaa: Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél: 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - GSM: 06.71.37.02.69  
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - YouTube/Clinique Achifaa Oujda



# مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 408/0323

17/03/2023



080061898

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| Nom et prénom : | Madame SLAOUI KHNATA |
| Date Consult. : | 17/03/2023           |
| Actes :         | - Consultation       |

| Désignation            | Total  |
|------------------------|--------|
| - Consultation Médecin | 300.00 |
|                        |        |
|                        |        |
| Total                  | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

Clinique  
ACHIFAA-OUJDA  
Boulevard Med Jelloul 3 - Oujda  
Tél.: 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09  
Fax : 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09



080061898

# DULOPHI® 30mg et 60mg

## Duloxetine chlorhydrate



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

Gardez cette notice, vous pourrez 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 d'urgences 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, informez immédiatement votre médecin ou à votre pharmacien.

### 1. Composition du médicament

Chaque gélule contient :

Duloxétine sous forme de chlorhydrate ..... 30 ou 60mg

Excipients : Sucre en microbilles, hydromellose, saccharose, laurylsulfate de sodium

Excipient à effet notoire : Saccharose.

### 2. Formes et présentations

DULOPHI® gélules gastrorésistantes dosées à 30 mg et 60 mg en :

### 3. Classe pharmaco-thérapeutique

Autres antidépresseurs

### 4. Indications thérapeutiques

Traitement du trouble dépressif majeur.

Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique.

Traitement du trouble anxiété généralisée.

DULOPHI® est indiqué chez l'adulte.

### 5. Posologie et mode d'administration

**Posologie :**

**Trouble dépressif majeur :**

La posologie initiale et recommandée pour le maintien de la réponse est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Des posologies supérieures à 60 mg par jour en une prise, jusqu'à une dose maximale de 120 mg par jour, ont été évaluées, en termes de sécurité d'emploi, lors des études cliniques. Toutefois, l'intérêt d'une augmentation posologique chez les patients ne répondant pas à la dose initiale recommandée n'est pas établi.

**Trouble anxiété généralisée :**

La posologie initiale recommandée chez les patients présentant un trouble anxiété généralisée est de 30 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Chez les patients ayant une réponse insuffisante, la dose devra être augmentée à 60 mg, qui est la dose d'entretien habituelle chez la plupart des patients.

Chez les patients présentant un trouble dépressif majeur associé, la posologie initiale comme d'entretien est de 60 mg une fois par jour.

**Douleur neuropathique diabétique périphérique :**

La posologie initiale et d'entretien recommandée est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas.

**Population pédiatrique :**

La duloxétine ne doit pas être utilisée chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans dans le traitement du trouble dépressif majeur en raison de problème(s) d'efficacité et de sécurité.

La sécurité et l'efficacité de la duloxétine dans le traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique ou du trouble anxiété généralisée n'ont pas fait l'objet d'étude. Aucune donnée n'est disponible.

**Populations particulières :**

**Sujets âgés :**

Aucune adaptation posologique sur la seule base de l'âge n'est nécessaire chez le sujet âgé. Cependant, comme pour tout médicament, la prudence s'impose chez le sujet âgé, principalement avec DULOPHI® à la posologie de 120 mg par jour pour le trouble dépressif majeur, du fait de données limitées.

**Insuffisance hépatique :**

DULOPHI® ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une pathologie hépatique entraînant une insuffisance hépatique.



**Propriétés :** Possède une activité antiinflammatoire non stéroïdienne dérivée de l'acide aryl-carboxylique du groupe des propioniques [1].

**Indications :** Ketoflex® est un anti-inflammatoire non stéroïdien anti-inflammatoire et analgésique possédant des propriétés [1].

**Composition :** Ketoprofène.

| composants  | spécificités           | Ketoprofène     | ketoprofène        |
|-------------|------------------------|-----------------|--------------------|
| Excipients  |                        | q.s.p. 1 gélule | q.s.p. 100g de gel |
| Ketoprofène | Ketoflex® 50mg gélules | 50mg            | 2,5g               |
|             | Ketoflex® Gel à 2,5g % |                 | 100 mg             |
|             | suppositoires          |                 |                    |

**Indication :** Traitement symptomatique au long cours : Des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrites et polyarthroses, des syndromes appartenant à la catégorie des rhumatismes articulaires tels qu'arthrites micro-crystallines, artroses, lombalgies, radiculalgies, etc. [1].

**Contre-indications :** Traitements symptomatique en traumatologie bénigne : en cas d'absence micro-crystalline, aux substances d'activité proche d'allergie au Ketoprofène, aux substances d'activité proche d'insuffisance rénale sévère. Grossesse / Allaitement. Enfant moins de 15 ans.

**Précautions d'emploi :** Pour le Gel : Dermoses cutanées, eczéma, lésions cutanées, mitecées, plaies. Ne pas appliquer sur la muqueuse ni sur les yeux.

**Effets indésirables :** Insuffisance rénale sévère. Amnésie récente de recettes ou rectifications (suppositoires). Grossesse / Allaitement.

**Effets indésirables :** En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la fonction rénale est nécessaire chez les malades insuffisants cardiaques, cirrhotiques et néphritiques, chez les patients présentant un diurétique, constipation. Mauvaises habitudes gastro-mésentrales : habitudes gastrique, vomissements, nausées, diarrhée, constipation.

**Effets indésirables :** Insuffisances rhinax chroniques et particulièrement chez les sujets âgés. Il est prudent de diminuer la posologie chez les insuffisances rhinax chroniques et particulièrement chez les sujets âgés. Il est prudent de diminuer la posologie chez les malades insuffisants cardiaques, cirrhotiques et néphritiques, chez les patients présentant un diurétique, constipation.

**Effets indésirables :** En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la fonction rénale est nécessaire chez les malades insuffisants cardiaques, cirrhotiques et néphritiques, chez les patients présentant un diurétique, constipation.

17,30  
es.  
A 15831

**Indication :** Traitement symptomatique au long cours : Des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrites et polyarthroses, des syndromes appartenant à la catégorie des rhumatismes articulaires tels qu'arthrites micro-crystallines, artroses, lombalgies, radiculalgies, etc. [1].

**Contre-indications :** Traitements symptomatique en traumatologie bénigne : en cas d'absence micro-crystalline, aux substances d'activité proche d'allergie au Ketoprofène, aux substances d'activité proche d'insuffisance rénale sévère.

**Précautions d'emploi :** Pour le Gel : Dermoses cutanées, eczéma, lésions cutanées, mitecées, plaies. Ne pas appliquer sur la muqueuse ni sur les yeux.

**Effets indésirables :** Grossesse / Allaitement.

**Effets indésirables :** En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la fonction rénale est nécessaire chez les malades insuffisants cardiaques, cirrhotiques et néphritiques, chez les patients présentant un diurétique, constipation.

**Effets indésirables :** En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la fonction rénale est nécessaire chez les malades insuffisants cardiaques, cirrhotiques et néphritiques, chez les patients présentant un diurétique, constipation.

**Propriétés :** Les gélules sont à absorber avec un verre d'eau au cours des repas. Ketoflex® gélules à 50 mg : 1 gélule 3 à 4 fois par jour. Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Contre-indications :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur thérapeutique :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Soulagement des symptômes :** La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Présentations :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur locale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Autres AINS :** La ketoprofène possède une action anti-inflammatoire à des doses ne dépassant pas 200 mg/jour : la survenue d'effets indésirables peut être minimisée par l'utilisation de la dose la plus élevée possible pendant la durée la plus courte nécessaire au soulagement des symptômes.

**Posologie et mode d'administration :** La ketoprofène est dosée au maximum à une dose quotidienne de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Présentations :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur locale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Soulagement des symptômes :** La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Présentations :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur thérapeutique :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Soulagement des symptômes :** La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Présentations :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur thérapeutique :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Soulagement des symptômes :** La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.

**Présentations :** Ketoflex® suppositoires à 100 mg : 2 suppositoires/jour (matin et soir).

**Valeur thérapeutique :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Valeur orale :** Ketoflex® : 2 fois / jour (matin et soir) sur la région douloreuse ou inflammatoire.

**Soulagement des symptômes :** La dose maximale journalière est de 200mg/jour. Le rapport bénéfice/risque doit être alternativement évalué avant de commencer un traitement à une dose quotidienne de 200mg/jour. L'utilisation de doses supérieures n'est pas recommandée.



# Urbanyl® 10mg

Clobazam

Comprimé sécable

SANOFI

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Voir rub

## 1. QU'EST UTILISÉ ?

Classe phar

(N : système

Ce médicam

Ce médicam

Chez l'adulte

• pour traiter

• pour préver

Chez l'adulte e

• pour traiter

2. QUELLES SO

mg, comprim

Ne prenez jan

• Si vous allait

ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,

mentionnés dans la rubrique 6.

• Si vous avez une insuffisance respiratoire grave.

• Si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique grave).

• Si vous souffrez d'un syndrome d'apnée du sommeil (trouble caractérisé par des arrêts de la respiration pendant le sommeil).

• Si vous souffrez de myasthénie (maladie des muscles).

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre URBANYL 10 mg, comprimé sécable :

- Si vous avez une insuffisance respiratoire.
- Si vous avez une maladie du foie (insuffisance hépatique).
- Si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale).
- Si vous avez eu des problèmes de dépendance à l'alcool.
- Si vous êtes enceinte.

Avec des produits non-médicamenteux contenant du cannabidiol, car cela peut augmenter les effets indésirables d'URBANYL 10 mg, comprimé sécable.

Avec des médicaments contenant du cannabidiol, comme cela peut augmenter les effets indésirables d'URBANYL 10 mg, comprimé sécable.

## Avant de prendre URBANYL 10 mg, comprimé sécable, vous devez savoir que :

- Une anxiété peut révéler un autre trouble physique ou psychique. Une évaluation médicale doit être effectuée avant la prescription de ce médicament.
- Ce médicament ne traite pas la dépression. Si vous souffrez également de dépression, votre médecin vous prescrira un traitement approprié. Si la dépression n'est pas traitée, elle peut s'aggraver avec une persistance ou une augmentation possible du risque suicidaire.
- Si votre anxiété persiste ou s'aggrave après une période courte de traitement, consultez votre médecin.

Dans les heures qui suivent la prise du médicament, il peut survenir :

- une perte de la mémoire concernant les événements survenus pendant le traitement (amnésie antérograde).
- des troubles du comportement (tels que agressivité ou actes automatiques), agitation, nervosité, euphorie ou irritabilité, tension.
- une insomnie, des cauchemars.
- une altération de l'état de conscience.
- une difficulté à coordonner certains mouvements (altération des fonctions psychomotrices).

Ces troubles peuvent être dangereux pour vous et pour autrui. Dans de tels cas, vous devez arrêter le traitement.

L'abus d'URBANYL 10 mg, comprimé sécable, la prise associée d'alcool ou d'autres médicaments agissant sur l'état de vigilance, semblent augmenter le risque de tels comportements. Dans de tels cas, l'arrêt du traitement est recommandé.

- Si vous souffrez d'épilepsie, si la fréquence de vos crises augmente ou si des crises d'un type différent apparaissent : consultez immédiatement votre médecin.

## Risque de dépendance

Ce médicament peut entraîner une dépendance physique et psychique. La dépendance peut se manifester par un phénomène de sevrage si vous arrêtez brutalement le

traitement musculaire  
Divers facte

• si vous prenez une dose médicamenteuse des benzodiazépines. Lisez attent

? Pour plus d'informations

Risque de dépendance

Une réapparition

Afin de diminuer

Les modalités

Idée suicidaire

Certaines études

médicamenteuses

avoir d'autre chose

possible indésirables

Ce médicament

doit pas être pris

persistent

Utilisation de

URBANYL 10 mg

âgées en raison de

musculaire graves chez

Utilisation de

URBANYL 10 mg

avec certaines

conséquences

Réactions secondaires

Des réactions

de Lyell peuvent

arrêter le traitement

des syndromes

rapidement et

sur les os

Ces syndromes

dont les anti

Autres médicaments

Informez votre

prendre tout

Et notamment

lesquels des

dépendance

certains trou

barbituriques

exemple, le m

doxépine, mi-

utilisé dans le

• buprénorphine

dans le trait

(médicaments)

plaquettaire

utilisé pour le

traitement de

d'estomac, -

dans le trait

URBANYL 10 mg

La consommation

Grossesse et

Ce médicament

n'utilisant pas

vous souhaitez

de votre traitemen

Si vous prenez

grossesse : -

## Hinique Achifaa Oujda



مصححة الشفاء

## Boulevard Med Jelloul 3 - Oujda

Tél : 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09

Fax : 05.36.53.03.53 / E-mail : Cliniqueachifaa@gmail.com

1022

توصیل

Oujda, Le : 17/03/02

patient: SHANE KUWAIA

Total : X 300.00

versé : 43.000 le 10/01/19

er: ..... 

### CACHET ET SIGNATURE :