

# 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

71304

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5852 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : KAFISSA HIMMI Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR HASSAN CHEFFI  
Médecin Généraliste  
Rue 23, N° 69, Hay El Oudja en face  
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi  
CASABLANCA - Tel. 022.73.78.51

Date de consultation : 16/04/2027

Nom et prénom du malade : HIMMI Kafissa Age : .....

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

Nature de la maladie : Lumbago

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) : .....



# 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
16/04/2021			1500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE GUESSOUS DR GUESSOUS Rue 23 N° 67 Hay Al Qods Tel.: 0522 73 78 28 Casa	16/04/2021	345,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

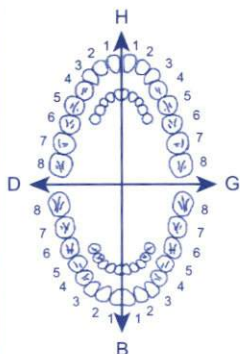
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/04/2021			6		60 DM

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

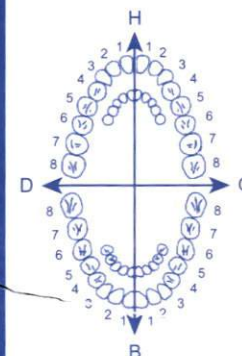
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

## [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie  
de l'Université de Montpellier

الدكتور حسن الشّفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص  
العلمي بالصدى جامعة مونبلي

PHARMACIE GUESSOUS  
DR GUESSOUS WAFIA  
Rue 23 N° 67 Hay Al Qods  
Tél.: 0522 73 78 28 Casa

Casablanca, le

16/04/2021

HIMMI Nofissa

PHARMACIE GUESSOUS  
DR GUESSOUS WAFIA  
Rue 23 N° 67 Hay Al Qods  
Tél.: 0522 73 78 28 Casa

70,50 Felderney  
1 IM 6

51,00 Coltrex  
1 IM 10

86,70 SIRDALUP 2/938  
1 cm 18/16/4

53,10 Relaxan  
1 cm 5

2x42,00 in a 2  
Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi, Casablanca  
T=345,30 05 22 73 78 51 الهاتف

PSK 150

2 Boles 26 Contour



**DR HASSAN CHEFFI**  
Médecin Généraliste  
Rue 26 Mosquée  
CASA  
022 73 79 51  
Plus



Lot: Y2648  
Fab.: 02/2020  
Exp.: 01/2023



Lot: Y2648  
Fab.: 02/2020  
Exp.: 01/2023

SIRDALUD® 4 mg  
Comprimés sécables  
PPV : 86.70 DH



6 118001 030293



# FELDENE® I.M.

20mg PIROXICAM



**FELDENE® I.M.**  
20mg PIROXICAM

P.P.V

UT. AV:

LOT N°

70,50

09366063/



FELDENE® 20mg

6 ampoules de 1 ml



6 118000 250241

Le Feldène

## INDICATIONS

Feldène est indiqué dans le traitement des douleurs articulaires et rhumatismales. Il ne guérit pas la maladie, mais permet de la prendre.

Votre médecin vous aidera à soulager vos douleurs.

## CONTRE-INDICATIONS

- Allergie avérée
- Ulcères gastriques
- Insuffisances rénales
- Traitement anticoagulant

Ne pas utiliser chez les enfants.

Ne pas administrer aux enfants de moins de 15 ans.

## MISE EN GARDE

- En cas de manifestation cutanée ou muqueuse inhabituelle (démangeaisons, éruptions), arrêter le traitement immédiatement. Consulter votre médecin.
- En cas de troubles gastro-intestinaux (brûlures gastriques, diarrhée, vomissements), consulter votre médecin.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Prévenir votre médecin traitant :

- En cas d'antécédents digestifs (ulcère, hernie hiatale...)
  - En cas de prise concomitante d'un autre médicament (aspirine, ...)
- L'attention est appelée notamment chez les conducteurs de véhicules sur les risques d'étourdissements attachés à l'emploi de ce médicament.

## EFFETS INDESIRABLES

Ont été principalement rapportés :

- gastralgies, nausées, manque d'appétit.
- réactions cutanées.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- L'administration de ce médicament par voie parentérale (en piqûre) n'est utile que pendant les tous premiers jours du traitement.

Continuer le traitement avec des gélules ou des suppositoires ou des comprimés dispersibles.

- La posologie chez l'adulte est en moyenne :

1 ampoule (20 mg) par jour :

Dans tous les cas, se conformer à la prescription du médecin traitant.

Le FELDENE 20 mg I.M. peut être injecté à l'aide d'une seringue à usage unique. Pratiquer l'injection dès le remplissage de la seringue.

## PRESENTATION

- Feldène I.M. dosé à 20 mg de piroxicam : boîte de 2 ampoules.

- Feldène I.M. dosé à 20 mg de piroxicam : boîte de 6 ampoules.

## Autres présentations :

- Feldène 10 mg gélules : boîte de 20 gélules (blanches).

- Feldène 20 mg gélules : boîte de 15 gélules (bleu et blanc).

- Feldène 20 mg suppositoires : boîte de 10 suppositoires.

- Feldène 20 mg comprimés dispersibles : boîte de 10 comprimés..

- Feldène Gel 0,5% tube de 25 g.

- Feldène Gel 0,5% tube de 50 g.

Tableau A.

© Marque de Pfizer Inc.

09626025/7

LABORATOIRES PFIZER S.A.  
Route de Oualidia EL JADIDA

LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)  
avec l'autorisation de PFIZER Inc.  
New-York U.S.A.

**COLTRAX® 4mg**  
Comprimés,  
Boîtes de 12

**COLTRAX® 4ml/2ml**  
Ampoules,  
Boîtes de 6 ampoules de 2ml

**THIOLCOLCHICOSIDE**

• Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas 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 à votre pharmacien.

**IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

**Composition qualitative et quantitative**

Comprimés ..... p cp  
THIOLCOLCHICOSIDE (DCI) ..... 4 mg  
Excipients ..... Q.S.P. .... 1 Comprimé

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM ..... p ampoule  
THIOLCOLCHICOSIDE (DCI) ..... 4 mg  
Excipients ..... Q.S.P. .... 2 ml

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Sodium (IM)

**Classe pharmacothérapeutique**

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**POSOLOGIE :**

**Comprimés :**

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

**Solution injectable IM :**

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme

**Utilisation chez les enfants et les adolescents**

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

**DUREE DE TRAITEMENT :**

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER ?**

Si votre médecin vous a prescrit certains médicaments.

**Ne prenez :**

- Si vous êtes à la colchicine, dans ce médicament.
- Si vous êtes, que vous pourriez, n'utilisant pas de traitement anticoagulant (intramusculaire) P.

EN CAS DE DOUTES, DEMANDER L'AVIS D'UN PHARMACIEN.

**EFFETS NON SOUHAITEES**

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

**Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

**Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

**Les effets indésirables suivants surviennent rarement :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

**Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un oedème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récurrences de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)

• Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre médecin.

**Coltrax® 2 ml**  
**6 ampoules**



LOT 006920

UT AV 09 23

PPV 51.00 DH

**CAUTION !**  
tolérance à rendre ce

thioside, contenus

pensez

enfants

z un

voie

DE

RE

# رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/شكوكوليكسكند

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



6

LOT : 20E020  
PER: 09 2023

أقراص

يخضع هذا  
المرتبطة با  
انظر نهاية

بمات الجديدة  
ب في قسم تلاحظته.

يرجى الاشارة الى - يجب ان يقرأ بعناية قبل استعمال هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. إذا كان لديك أي سؤال آخر، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له. إذا أصبح أحد التأثيرات غير مرغوب فيها خطراً أو لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه م يذكر في هذه النشرة، اخطب الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصف هذا الدواء في علاج تكديلي للتقلصات العضلية المؤلمة في الأمراض المفصلي لدى البالغين والمراهقين ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تتناول أبدا رولاكسول في الحالات التالية: • إذا كانت لديك حساسية لثيوكوليكسكند وألأ باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملا أو قد تصبحين حاملا أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • قصور كبدى خلوي أو مرض خطير في الكبد. • لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الانتباه عند استعمال رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بحيطه في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات. يتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج. في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول، بما في ذلك إذا كنت تأخذ أدوية بدون وصفة طبية. لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الممنوح بها (انظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، اخطب الطبيب الذي قد يعيد ضبط الجرعات.

في حالة آلام المعدة، غثيان، قي، اخطب الطبيب.

احترم تماما جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء بجرعة أكبر (أو أقراص من رولاكسول) أو لمدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن المواد المكونة في جسمك عندما تتناول ثيوكوليكسكند بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصابات في بعض الخلايا (عدد غير عادي من الخلايا). وقت البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخلوية عامل

خطر لظهور السرطان، لتغير الخصوبة الذكرية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحذير إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة.

سوف يخبرك الطبيب عن كافة التدابير المرتبطة بمنع الحمل الفعال والمخاطر المحتملة للحمل.

تُحدد مدة العلاج في 7 أيام متتالية.

قبل الشروع في العلاج بهذا الدواء، تحقق من عدم تناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول.

تناول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.

أخطب الطبيب: • إذا كان وزنك يقل عن 50 كغ. • إذا كنت تعاني من مرض كبدى أو مرض خطير في الكلى. • إذا كنت تستهلك الكحول كثيرا أو توقفت عن استهلاك الكحول مؤخرا. • إذا كنت تعاني من فقدان الماء من الجسم. • إذا كنت تعاني مثلا من سوء التغذية المزمن، إذا كنت في فترة الصوم، إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخرا، إذا كان سنك يفوق 75 سنة أو يفوق 65 سنة وتعالى من أمراض طويلة الأمد، إذا كنت مصابا بفقرس نقص المناعة البشرية أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني ووراثي يتم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة)، أو إذا كنت مصابا بمرض جيلير (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية، في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

في حالة مشكلة التغذية (سوء التغذية) أو فقدان الماء من الجسم، يجب تناول رولاكسول، أقراص بكل حذر

الأطفال والمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأسباب السلامة.

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

تناول أو استعمال أدوية أخرى: أبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل نسبة الحمض البوريك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة.

إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لتخثر الدم عن طريق الفم (وارفارين أو مضاد فيتامين K)، فإن تناول الباراسيتامول قد يقلل من الفعالية (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة للتحاليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطبيب قد تتناقص فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت اليراثيات الخلقية - دواء يخفض نسبة الكولسترول في الدم (أحترم فاصلا زمنيا لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين). إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفلوكلوكساسولين (مضاد حيوي)، قد تخاطر بالمعاناة من حمض أبيض (حموضة عالية في الدم بسبب ترمع معدل التنفس). قد يتزايد تسعم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. • أدوية تحفز إنتاج الأيض السام لباراسيتامول مثل الأدوية المضادة للصرع (فينوباريتال، فينيتوين، كاربامازيبين، توبرامات). • ريفامبين (مضاد حيوي). • في نفس الوقت مع الكحول.

اخطب الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا أو قد تتناول أي دواء آخر. قد يزيد رولاكسول من الطابع السام للكولوكاسولين.

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناولي هذا الدواء: • إذا كنت حاملا، قد تصعبن حاملا أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل.

هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولي هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل

11

7635

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلنس / كوتنور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour<sub>™</sub> is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour<sub>™</sub> est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. Contour<sub>™</sub> (كوتنور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG (كوتنور) نشان تجاری ثبت شده شرکت محفوظ است. Contour<sub>™</sub> (كوتنور) نشان تجاری ثبت شده شرکت محفوظ است. Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

Ascensia Diabetes Care Holdings AG  
Peter Merian-Strasse 90  
4052 Basel, Switzerland

[www.diabetes.ascensia.com](http://www.diabetes.ascensia.com)

صنع في اليابان

[www.patents.ascensia.com](http://www.patents.ascensia.com)



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide. Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

للمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co  
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,  
Vahd-e-Asr Ave.,  
Tehran, 1967865637  
Iran  
Phone: +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED  
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,  
NIGERIA  
TELEPHONE: +2348033131500  
Email: [ahs@abiagait.com](mailto:ahs@abiagait.com)  
Website: [www.abiagait.com](http://www.abiagait.com)  
NAFDAC REG. NO: 03-2234

**ASCENSIA**  
Diabetes Care

90001242

Rev. 02/18

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلنس / كوتنور بلاس



25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شرائط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
استعدادهای تست قند خون  
**Contour<sub>™</sub> Plus**  
Meters / Lecteurs  
كوتنور بلنس / كوتنور بلاس

REF 84627446

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلنس / كوتنور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شرائط اختبار  
نوار تست



**NO CODING**  
SANS CODAGE

CONTROL   N	106-137	mg/dL
CONTROL   L	36-47	mg/dL
CONTROL   H	314-408	mg/dL

LOT DP9JQH33C

2019-09

2021-09



11

7635

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلص / كوتنور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. Contour (كوتنور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG (كوتنور) نشان تجاری ثبت شده شرکت محفوظ است. Contour (كوتنور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG است.

Ascensia Diabetes Care Holdings AG  
Peter Merian-Strasse 90  
4052 Basel, Switzerland

[www.diabetes.ascensia.com](http://www.diabetes.ascensia.com)

صنع في اليابان

[www.patents.ascensia.com](http://www.patents.ascensia.com)



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide. Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

للمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co  
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,  
Vah-e-Asr Ave.,  
Tehran, 1967865637  
Iran  
Phone: +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED  
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,  
NIGERIA  
TELEPHONE: +2348033131500  
Email: [ahs@abiagait.com](mailto:ahs@abiagait.com)  
Website: [www.abiagait.com](http://www.abiagait.com)  
NAFDAC REG. NO: 03-2234

**ASCENSIA**  
Diabetes Care

90001242

Rev. 02/18

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلص / كوتنور بلاس



25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شرائط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
استعدادهای تست قند خون  
**Contour<sub>™</sub> Plus**  
Meters / Lecteurs  
كوتنور بلص / كوتنور بلاس

REF 84627446

# Contour<sub>™</sub> plus

كوتنور بلص / كوتنور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شرائط اختبار  
نوار تست



**NO CODING**  
SANS CODAGE

CONTROL   N	106-137	mg/dL
CONTROL   L	36-47	mg/dL
CONTROL   H	314-408	mg/dL

LOT DP9JQH33C

2019-09

2021-09