

PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN M.F. N°: / / /

Nom et Prénom du malade :					
Dates	Signature et Cachet du Praticien	Nature de l'acte	Honoraires Praticien	Cachet du Pharmacien	Montant de la Facture

HOSPITALISATION

M.F. N°: / / /

Date d'entrée	Date de Sortie	Montant des frais
Visa et cachet de l'établissement		

SOINS DENTAIRES

M.F. N°: / / /

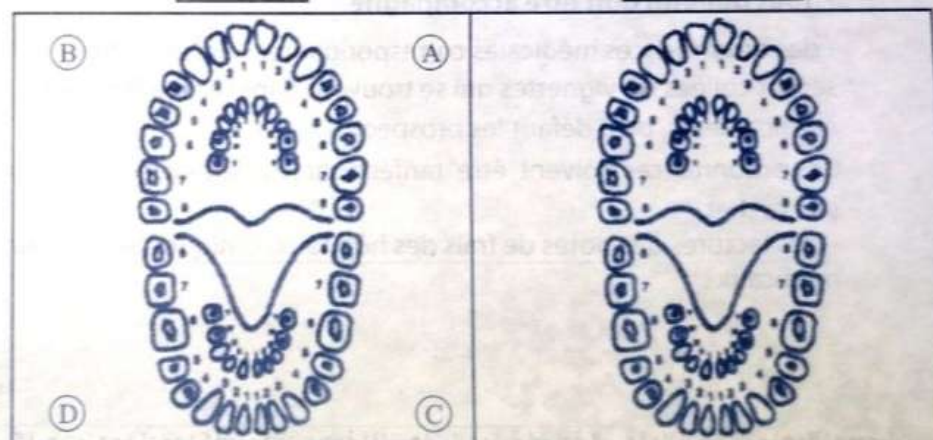
Dates	Dents	Nature des soins	Coefficient	Honoraires

PROTHESE DENTAIRE

Dates	Dents	Nature des soins	Coefficient	Honoraires

SOINS

PROTHESE



التنصيص على الممن أو الأسنان التي وقع علاجها وكل عمل طبي متجز وذلك طبق الجدول الرسمى المعمول به

INDIQUER LA DENT TRAITEE, L'INTERVENTION PRATIQUEE SELON LA NOMENCLATURE EN VIGUEUR.

في حالة الجراحة أو العلاج الخاص يجب مد "BH تامين" بواسطة ظرف سرّي بنوع العمل المنجز

EN CAS DE CHIRURGIE OU DE TRAITEMENTS SPECIAUX, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LA NATURE DE L'ACTE PRATIQUE SOUS PLI CONFIDENTIEL .

توصيات هامة

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

يجب على المؤمن له أن يوجه هذه البطاقة إلى "BH تأمين" في غضون خمسة عشر يوما . على أقصى تقدير التي تعقب المعالجة تفاديا لكل حرمان من التعويض .

* يجب مصاحبة هذه البطاقة بجميع الوثائق الطبية .

- الوصفات الملائمة التي يجب أن تحمل الطوابع الموجودة على علب الدواء وفي صورة عدم

وجود هذه الطوابع يجب الإستمطهار بالدلائل المصاحبة للأدوية .

يجب أن تحمل الوصفات أسعار الأدوية وكذلك طابع الصيدلي .

- قوائم المصاريف لدى المستشفيات أو المصحات أو المعاونين الطبيين .

Le bulletin doit être adressé à **BH Assurance** dans les 15 jours au plus tard de la date de l'expiration du traitement, faute de quoi il ne sera plus remboursé .

*** Tout bulletin doit être accompagné**

- des ordonnances médicales correspondantes sur lesquelles

* seront collées les vignettes qui se trouvent dans l'emballage des médicaments, ou à défaut les prospectus.

Ces ordonnances doivent être tarifées par le pharmacien et porter son cachet.

- Des factures des notes de frais des hôpitaux, cliniques ou auxiliaires médicaux .

كل من يتعمد إعلاما كاذبا يكون عرضة للتبوعات العدلية إضافة إلى فقدانه حق التمتع بالتعويضات
e fausse déclaration entraînera des poursuites judiciaires et la perte du droit aux
estations.

BH ASSURANCE

lot. AFH-BCS
Centre Urbain Nord-Tunis-1003
Tél : (+216) 71 184 200 - Fax : (+216) 71 184 284
Site web : www.bh-assurance.com
Identifiant Unique : 0538937C



اتأمين BH

المقر العام
المسكني (9C) المركز العمومي الشمالي 1003 تونس
الهاتف : (+216) 71 184 200 الفاكس : (+216) 71 184 284
موقع الويب : www.bh-assurance.com
المعرف الفريد : 0538937C

BULLETIN DE SOINS

بطاقة معالجة

2259591

Contractant (e) (Cachet)

المؤسسة المؤمنة (ختم وإمضاء)

رقم العقد CONTRAT N°

رقم المنخرط ADHERENT N°

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

اسم ولقب المنخرط Nom et Prénom de l'Adhérent :

العنوان Adresse :

Prestataire : Adhérent ☐
المنخرط

Conjoint ☐
الزوج

Enfant ☐
المنفعة :
الأبناء

A Le

Signature de l'Adhérent

إمضاء المنخرط