

PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

M.F. N°: / / / /

SOINS DENTAIRES

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		

في حالة الجراحة أو العلاج الخاص يجب مذكورة "BH تامين" بواسطة طرف سري يتبع العمل المنجز

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

SOINS DENTAIRES

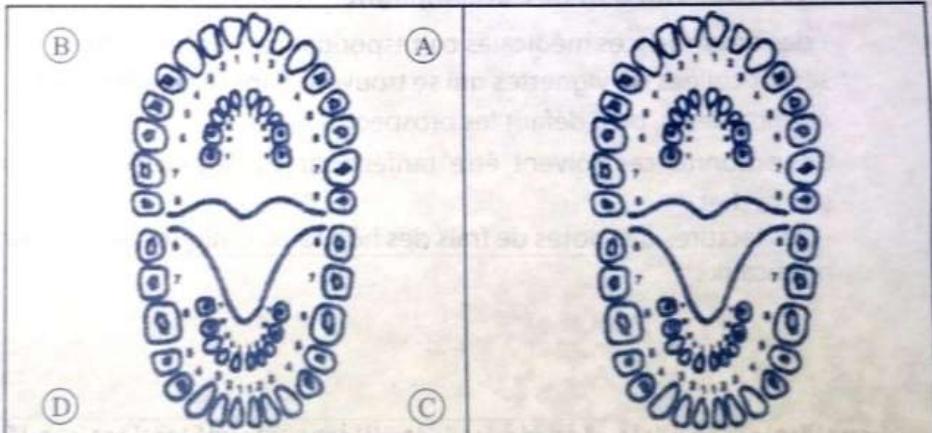
Dates	Dents	Nature des soins	Coefficient	Honoraires

PROTHESE DENTAIRE

Dates	Dents	Nature des soins	Coefficient	Honoraires

SOINS

PROTHÈSE



التنصيص على السن أو الأسنان التي وقع علاجها وكل عمل طبي منجز وذلك طبق الجدول الرسمي القائم به

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

توصيات هامة

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

يجب على المؤمن له أن يوجه هذه البطاقة إلى "BH تامين" في غضون الخمسة عشر يوما. على أقصى تقدير التي تعقب المعالجة تفاديا ل بكل 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 الإستظهار بالدلائل المصاحبة للأدوية.
- يجب أن تحمل الوصفات أسعار الأدوية وكذلك طابع الصيدلي.
- قائمات المصروفات 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 d'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 يتعهد إعلاما كانها يكون عرضة للنبع العدلي إضافة إلى فقدانه حق التمتع بالتعويضات
fausse déclaration entraînera des poursuites judiciaires et la perte du droit aux prestations.

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 : 0538897C



اتامين BH
البنكية (BHS) - الشركة العقارية
العنوان: 1003 تونس
الرقم: 71 184 284
موقع الويب: www.bh-assurance.com
البنك: المصرف العربي
العنوان: 0538897C

2259591

BULLETIN DE SOINS

بطاقة معالجة

Contractant (e) (Cachet)

المؤسسة المؤمنة (ختام وإمضاء)

CONTRAT N°

رقم العقد

ADHERENT N°

رقم المنخرط

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom et Prénom de l'Adhérent :

اسم ولقب المنخرط

Adresse :

العنوان

Prestataire : Adhérent
المتضرر

Conjoint
الزوج

Enfant
الابناء، المنتفع

A Le

Signature de l'Adhérent

إمضاء المنخرط