

BULLETIN DE SOINS

Contractant : FNZ
Nom et prénom de l'adhérent : Bouzgarron Khaoula
Adresse :
Numéro de contrat : ~~422 5000~~ 7025000-2
Matricule : FNZ 0074

Prénom du Malade		Cachets et noms des médecins et établissements de soins					
						Exécution des ordonnances	
Date de l'acte médical	Désignation et coefficient de l'acte	Montant des honoraires	Matricule fiscal	Signature du médecin attestant	Délivrance ordonnance	Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Montant de la facture
14/02			M.F. 00009703034W			Hannibal Serfer Pharmacie MESTIRI KH 30 Av. Mohamed Abdelwahab Tél. 70 86 1 3	26,2

COLLEZ VOS VIGNETTES ICI

NE RIEN ECRIRE DANS CETTE CASE

N.B: A remplir soigneusement, car une feuille anonyme non soignée ne peut donner lieu au remboursement.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien indique sur le croquis ci-dessous la dent traitée. Désigne l'intervention en se servant des codes et coefficients de la nomenclature générale.

SCHEMA		INTERVENTIONS			
HAUT		DATE	DENT	COEFFICIENT	DESIGNATION DETAILLÉE DE L'ACTE ET OBSERVATIONS
B	A	13/12/25	T.G	D25	traitement de gencive
D	C				

DATE ET MONTANT DES HONORAIRES PERÇUS :	
SOINS	PROTHESES
100,000	

CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN :
Dr. BEN RABAH Med Lom
Médecin - Dentiste
 2 Av. Habib Bourguiba Marisa page
 Tél: 29 74 1 060

MF : 165054B.A/P/00

DECLARATION : Constituez un dossier par maladie et par personne. Rassemblez toutes les pièces de votre dossier à l'intérieur de la présente feuille de soins qui formera chemise et vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis. Votre dossier doit parvenir à l'ASTREE conformément au délai contractuel (45 jours) suivant la date la plus ancienne qui y figure sous-peine de rejet de votre demande de remboursement.

FNZ TUNISIE
49 rue l'industrie - Immeuble STECOM
2ème étage - Chargaia 1
Cité El Khadra - 2035 Tunis - Tunisie

Date : 20/02/2025

Signature de l'adhérent

[Signature]

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

- **RELEVÉ D'HONORAIRES:** Le relevé d'honoraires doit être accompagné par toutes les pièces médicales (Ordonnances, notes de laboratoire d'analyses, prescriptions, etc..) et, en cas d'hospitalisation, d'une facture détaillée de l'Etablissement médical ainsi que d'une attestation relative à la nature des actes pratiqués. Cette dernière peut être contenue dans une enveloppe portant la mention « confidentiel » et adressée au Médecin contrôleur de l'ASTREE qui, seul, en prendra alors connaissance. Veuillez noter, en outre, que les consultations sans ordonnances ne donnent pas droit à un remboursement.

- **VIGNETTES :** Les vignettes que vous trouverez sur l'emballage des médicaments ne seront remboursées que si elles sont collées **DANS L'ESPACE RESERVE A CET EFFET CI-DESSOUS. NE COLLEZ JAMAIS VOS VIGNETTES SUR L'ORDONNANCE.**

- **DUREE DU TRAITEMENT :** La durée du traitement doit être indiquée par le Médecin sur l'ordonnance ou dans la colonne réservée à cet effet dans le tableau ci-dessous. Elle ne doit en aucun cas dépasser 3 mois et ne peut être renouvelé que sur nouvelle prescription médicale. En cas d'absence de renseignement, la durée du traitement est fixée forfaitairement à 15 jours.

DONNEES PERSONNELLES

En application de la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, je suis informé(e) :

- De la nature et des finalités du traitement de mes données qui sont des données personnelles indispensables et obligatoires pour la gestion et l'exécution du contrat d'assurances.

- Que les Bénéficiaires de mes données sont la compagnie d'assurances et ses sous- traitants dans le cadre de l'exécution du contrat

- Que mes données à caractère personnel soient conservées pendant la durée de vie de mon contrat et pendant une période postérieure en fonction des délais de prescription et/ou conformément à d'autres dispositions légales.

- Que la compagnie d'assurances et ses sous-traitants ont mis en place tous les moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de mes données à caractère personnel. L'accès à mes données à caractère personnel est strictement limité au personnel concerné de la compagnie d'assurances, le cas échéant, à ses sous-traitants qui sont soumis à une obligation de confidentialité et de protection des données personnelles.

- Que certains destinataires de mes données sont situés en dehors de la Tunisie notamment dans le cadre de la réassurance et de l'assistance internationale.

- De mes droits de s'opposer, d'accéder à mes données, et de mon droit de porter plainte auprès de l'INPDP de toute violation constatée au cours de traitement de mes données personnelles. Mes droits peuvent être exercés à tout moment par simple demande à adresser par courrier électronique « dpo@astree.com.tn » ou par courrier postal à l'adresse : 45 Avenue Kheireddine Pacha 1002 Tunis.



BULLETIN de Soins

Docteur BEN RABAH Lotfi

Médecin Dentiste
Maladies et Chirurgie
Bucco - Dentaires
Av. Habib Bourguiba
Complexe El Kamel
Marsa Plage
Tél : 29 741 060

الحكيم لطفي بن رباح

إختصاصي في أمراض و جراحة
الفم و الأسنان

شارع الحبيب بورقيبة عمارة الكامل

المرسى الشاطئ

الهاتف : 29 741 060

La Marsa le : 13/2/25

Mme Bouzgarou Mehrezia

- BioGel (bte de 10)

1 cp 2 x / 1 x 5
(Au milieu de la nuit)

- PERIOXINE

1 Bonbon avec Pain de Bon

8 x / 1 x 5

Pharmacie
MESTRI Khedija
Hannibal Center
33 Av. Mohamed Abdelwahab - El Manar I
Tél: 70 861 333

Dr. BEN RABAH Lotfi
Médecin - Dentiste
2 Av. Habib Bourguiba Marsa Plage
Tél: 29 741 060
Sans Vignette
Sans Prospectus

Pharmacie
KHEDIJA MESTIRI

53 Av Mohamed Abdelwahab Hannibal Center I

Tel: 70861333

Code Tva : 703834/w/c/p/000

N° Cnam : 1/10865/1

Date 14/02/2025

Code Pct	Désignation	N° Ordon	Qte	Prix Unit.	Tot. Ttc
	PERIOXINE 0.20 BAIN DE BOUCHE 20		1	14.780	14.780
309049	BIOGYL B/20 COMP		1	11.460	11.460
Total					26.240

Arrêter la présente Ordonnance à la somme de:
vingt-six Dinar(s) et 240 Millimes

VIGNETTE
BIOGYL
20 Comp. Pell. Secables
Prix : 11D220 + 0D240

Pharmacie
MESTIRI Khediya
Mohamed Abdelwahab Hannibal Center I
Tel: 70 861 333
M.F:
000CP703834/W