

توصيات هامة

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ASSURANCES SALIM
(Groupe banque de l'habitat)
Immeuble ASSURANCES SALIM lot AFH BCS
Centre Urbain Nord - 1003 Tunis
Tél. : (+216) 71 184 200
Fax : (+216) 71 948 457 - (+216) 71 184 284
R.C. : B150661997



تأمينات سليم
(مجموعة بنك الإسكان)
عمارة تأمينات سليم تقسيم الوحدة العقارية
السكني (BCS) المركز العمراني الشمالي - 1003 تونس
الهاتف : (+216) 71 184 200
الفاكس : (+216) 71 184 284 - (+216) 71 948 457
الرجسول التجاري B150661997

1492696

BULLETIN DE SOINS
بطاقة معالجة

يجب على المؤمن له أن يوجه هذه البطاقة إلى "تأمينات سليم" 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 الإستظهار بالدلائل المصاحبة للأدوية .
- يجب أن تحمل الوصفات أسعار الأدوية وكذلك طابع الصيدلي .
- قوائم المصاريف لدى المستشفيات أو المصحات أو المعاوين الطبيين .

Ce bulletin doit être adressé à Assurances SALIM 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
Une fausse déclaration entraînera des poursuites judiciaires et la perte du droit aux prestations.

Contractant (e) (Cachet)

المؤسسة المؤمنة (ختم وإمضاء)

رقم العقد CONTRAT N°

رقم المنخرط ADHERENT N°

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

إسم ولقب المنخرط Nom et Prénom de l'Adhérent :

العنوان Adresse :

المنتفع : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Prestataire : Adhérent ☐ المنخرط ☐ الزوج ☐ الأبناء ☐

A Le

Signature de l'Adhérent

إمضاء المنخرط

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

M.F.N°: / / / /

HOSPITALISATION M.F. N°: / /

HOSPITALISATION

M.F. N°: / / / /

في حالة الجراحة أو العلاج الخاص يجب مد "تأمينات سليم" بواسطة ظرف سري بنوع العمل المنجز
EN CAS DE CHIRURGIE OU DE TRAITEMENTS SPECIAUX, VEUILLEZ NOUS
FOURNIR LA NATURE DE L'ACTE PRATIQUE SOUS PLI CONFIDENTIEL .

في حالة الجراحة أو العلاج الخاص يجب مد "تأمينات سليم" 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 .

SOINS DENTAIRES M.F. N° : []/[]/[]/[]/[]

M.F.N°: / / /

PROTHESE DENTAIRE

SOINS

PROTHESE

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

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

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

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