

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

**Relevé d'honoraires.** — Le relevé d'honoraires doit être accompagné de toutes pièces médicales (ordonnances, notes de laboratoires d'analyses, etc.) et, en cas d'hospitalisation, d'une facture détaillée de l'établissement médical.

**ORDONNANCES.** — Collez sur vos ordonnances les vignettes que vous trouvez dans l'emballage des médicaments. Au cas où l'emballage ne porte pas de vignette, joignez à vos ordonnances les prospectus.

**NATURE DE LA MALADIE.** — Ce renseignement est obligatoire. Le règlement ne peut être effectué si la nature de la maladie ou lésion n'est pas indiquée. C'est à l'adhérent lui-même d'indiquer la nature de la maladie et non au médecin celui-ci étant lié par le secret professionnel (ce secret fait partie des obligations de l'assureur). Toute fois si l'assuré estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentiel - le, il peut adresser le présent bulletin de soins sous pli cacheté au médecin contrôleur de la C.A.R.T.E.

**DECLARATION.** — Sous peine de déchéance, l'assuré doit transmettre à l'assureur, et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la constatation de la maladie, toutes les pièces justificatives des frais engagés.

## PARTIE A REMPLIR PAR LES PRATICIENS

NOM et PRÉNOM du Malade :

Zarri Moudher

| Date      | Désignation<br>C — VPC<br>ou K<br>nomenclature | Montant<br>des<br>honoraires<br>perçus | Nom et cachet du Médecin<br>attestant le paiement<br>des actes médicaux | EXECUTION DES ORDONNANCES<br>Cachet et Visa du Pharmacien<br>ou du laboratoire | Montant<br>de la facture |
|-----------|--|--|---|--|--------------------------|
| 10/2/2024 | CS   | 500 d                                  | M F .....<br>6763775  | M F .....<br>69.96   |                          |
|           |  |  | M F .....<br>[Signature]  |  |                          |
|           |  |  | M F .....<br>[Signature]  |  |                          |
|           |  |  | M F .....<br>[Signature]  |  |                          |
|           |  |  | M F .....<br>[Signature]  |  |                          |
|           |  |  | M F .....<br>[Signature]  |  |                          |

Dr. DEROUICHE Fathi  
Spécialiste en Diabète, Nutrition  
45 Rue Jamel Abdennasser - Tunis  
Tél. 71.323.323

Pharmacie  
BOUAZIZ S. BOUSSEN  
Tél. Fax : 79.413.411  
All. Tunis Rés « FAL » - Soliman Riad

MP 1616554 K/P/C/000

| HOSPITALISATION (1)  |  |
|--|--|
| Date d'entrée  |  |
| Date de sortie   |  |
| Montant des<br>frais   |  |
| OBSERVATIONS<br>Visa et cachet de l'établissement                      |  |
| (1) Joindre au présent bulletin une facture de l'établissement médical |  |

C. A. R. T. E.  
DECOMPTE DEPRESTATIONS

Contractant :  
Police N°  
Adhérent N°  
Adhérent :  
Prestataire :  
DATE :

Consultation  
Visite  
Pharmacie  
AM et PC  
Analyse  
Maternité  
Soins dentaire  
Clinique — Hopital  
Chirurgie  
Radio + T1 SPX  
Orthopédie  
Optique

NET A PAYER

OBSERVATIONS



# PHARMACIE

BOUAZIZ EP FAKHFEKH Saoussen

AV TUNIS CITE ERRIADH SOLIMAN

Tél : 79 413 411 / Fax : 79 413 412

Code TVA : 1616554/k

FACTURE N° 4398

ZAIRI MUSTAPHA

Date : 10/02/2021

| Code PCT | Articles                       | Qte | Prix Ht | Tva  | Total  |
|----------|--------------------------------|-----|---------|------|--------|
| 302558   | DIAMICRON LP 60MG B/30 /       | 1   | 23.575  | 0.00 | 23.575 |
| 107873   | VESSEL DUE B/50 / COMPRIMES    | 1   | 40.990  | 0.00 | 40.990 |
| 101965   | DAKIN COOPER FL 250 ML / USAGE | 1   | 5.341   | 0.00 | 5.341  |

Taux TVA Base

Total HT 69.906

Total TVA 0.000

Total TTC 69.906

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
soixante neuf Dinars 906 millimes

Diamicron 60mg  
comprimé boîte de 30

Laf №: 20011

Pharmacie  
**BOUAZIZ Sao**  
Tél Fax : 79 413 411 / 79 413 412  
Av. Tunis Rés « FOL » - Sc

MF: 1616554 K/P/C/000



Capsules molles : troubles du sommeil

Ampoules

AN

21960

**Vessel<sup>®</sup>**

Pharmacie  
**BUAZIZ Saoussen**  
Tél Fax : 79 413 411  
Av. Tunis Rés « FOL » - Soliman Riadh

**SULODEXIDE**

Sans Vignette

**TRADE NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT**

**VESSEL<sup>®</sup>**

**COMPOSITION**





الشركة التونسية الأوروبية للتأمين و إعادة التأمين  
Compagnie d'Assurances et de Réassurances Tuniso-Européenne

S.A au capital de 25.000.000 Dinars - R.C : B 18794 1997  
Immeuble Carte, Lot BC4 - Centre Urbain Nord, 1082 Tunis  
Tel : +216 71 184 000 - Fax : +216 71 184 184

## Bulletin de soins

### Partie à remplir par l'Adhérent

Adhésion N° ..... E 1079458

Employeur : FIS

Adhérent : Nom : ZAIRI

Prénoms : SORIANE

Adresse : /

Emploi : Senior Manager

Qui est malade : l'Adhérent - Le Conjoint -- l'Enfant - Le Parent

Nature de la maladie : Diabete

Visa de l'Employeur,

Visa de l'Adhérent,

N'OUBLIEZ RIEN

Vous éliminez toute correspondance inutile.

Nos règlements seront alors rapides