



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 : SOFIANE  
Adresse : /  
Emploi : Senior Manager  
Qui est malade : l'Adhérent - Le Conjoint -- l'Enfant  
Nature de la maladie : .....

Visa de l'Employeur,

Visa de l'Adhérent,

N'OUBLIEZ RIEN

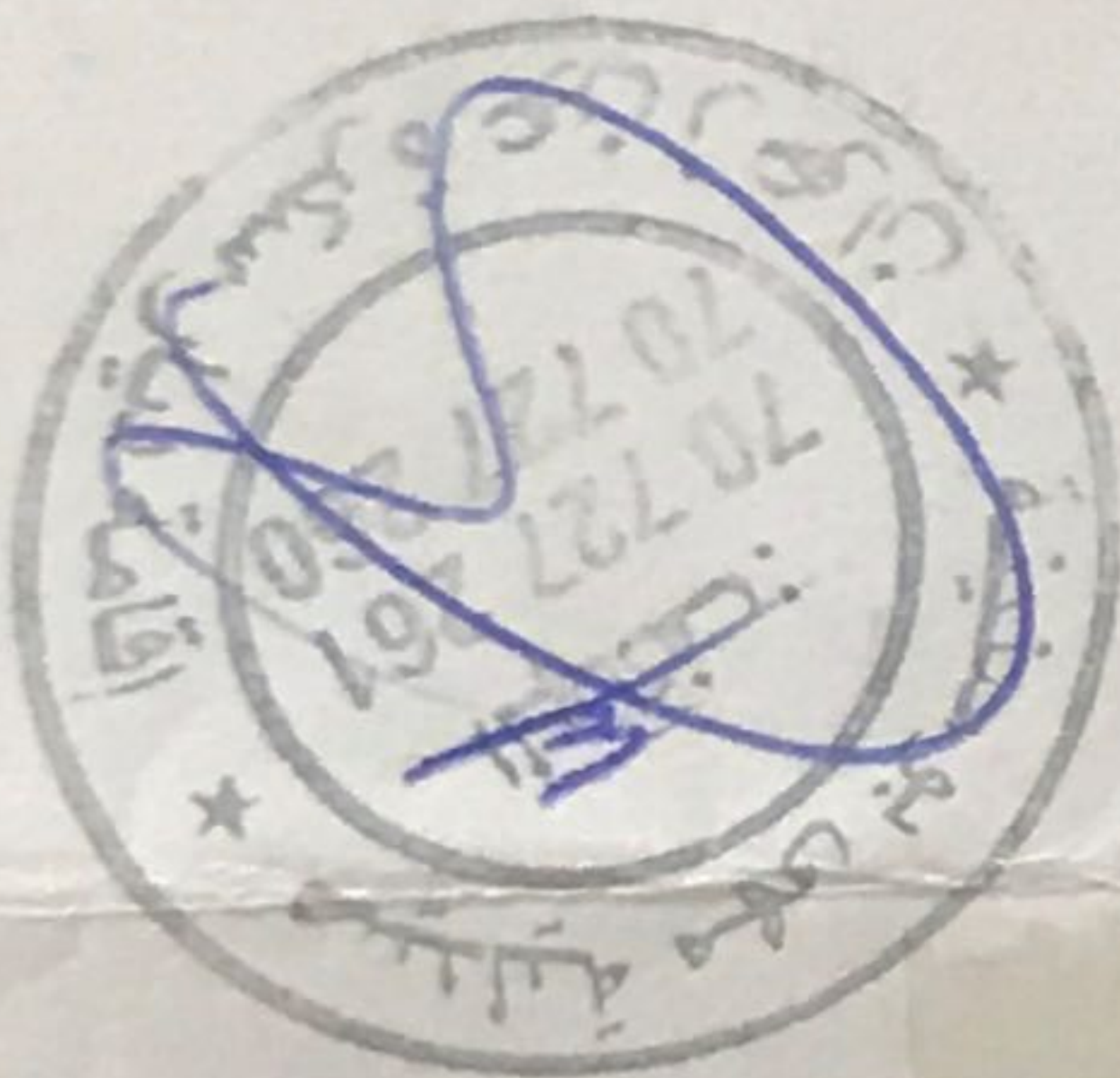
Vous éliminez toute correspondance inutile.

Nos règlements seront alors rapides



- Homeoplomie: 20pp x 9/11 (Visage)  
 - Cicadermo 10pp x 2/4

Résidence ANNASSER 2, Bloc D, Rue du Koweïl La Marsa  
 Tél: 35 839 391  
 Spécialiste en Pédiatrie et en médecine générale  
 Dr. HEBERZ Mohamed Soliman



**VIGNETTE  
MAXILASE**  
 Sirop 125 ML  
 P.PUB: ~~4,970 DT~~

**HOMEOPLASMINE**  
 Pde.Derm.  
 Tb 18gr  
 AMM. 687.306.1A  
 P.P.T: ~~4.815 TND~~

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT

11655 **VIGNETTE**  
**COPRED EFF 20mg**  
 10 Comprimés  
 PPT: ~~4.955+0.240DT~~

**CICADERMA**  
 Pde.Derm.  
 Tb 30gr  
 AMM. 687.303.1  
 P.P.T: ~~6.985 TND~~  
 8620

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT

**VIGNETTE**  
**SALBUTAMOL SIMED SIROP**  
 FL/ 150 ML  
 Prix: ~~3.950+0.240DT~~

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.320 DT

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT

54725 **OSCILLOCOCCIN®**  
 200  
 Globules  
 Bt 30 Doses/1gr  
 AMM. 687.307.3  
 P.P.T: ~~45.600~~

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT

**PHYSIOL®**  
 10 Ampoules  
 de 5ml  
 P.P.T: 2.455 DT



Dr. Meherzi Mohamed Sofiane

Spécialiste en Pédiatrie

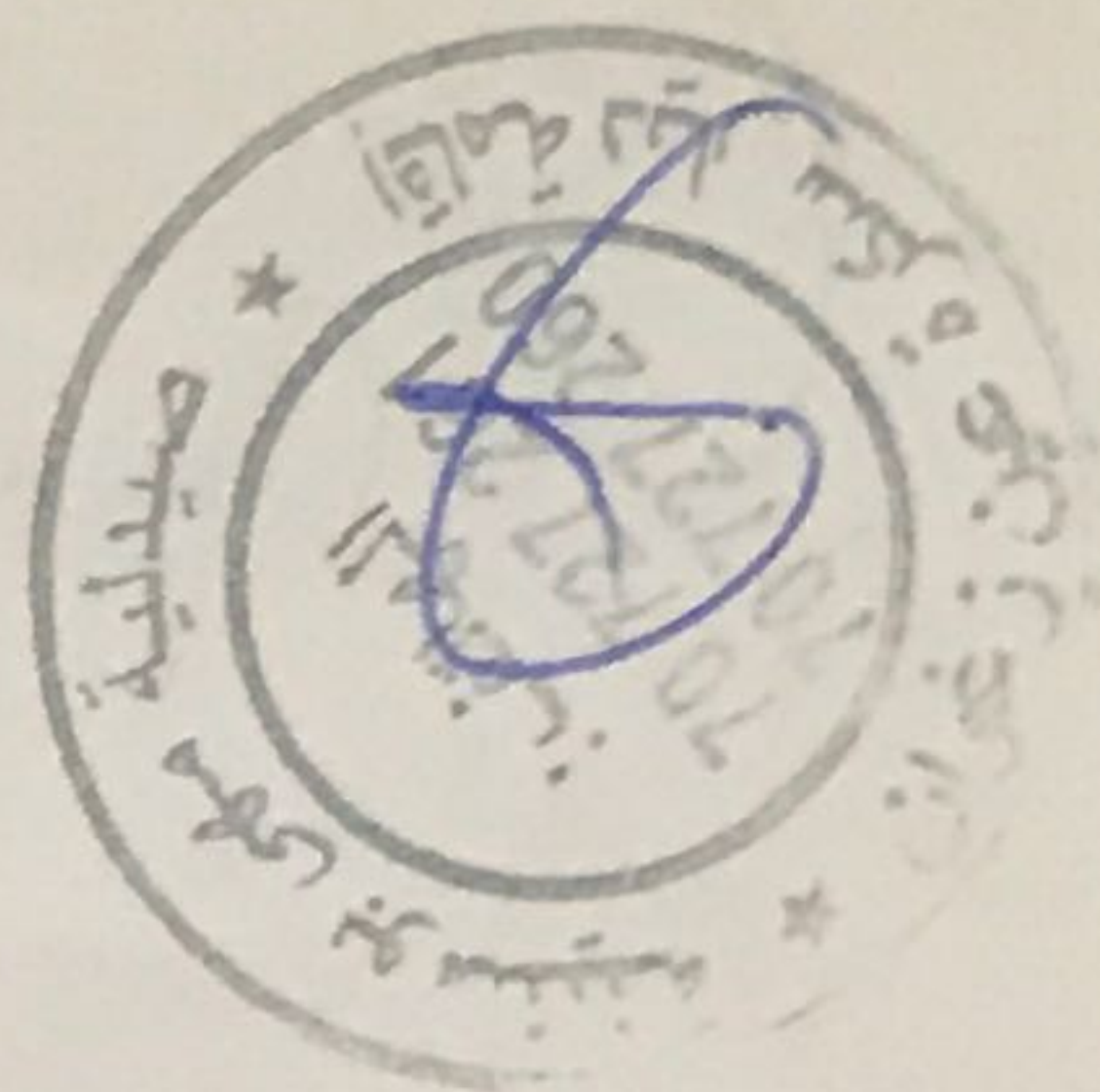
الدكتور محمد سفيان المجرزي

إختصاصي في طب الأطفال

CNAM: 1/19414/14

29 MARS 2021

Tunis, le 29 MARS 2021 تونس، في



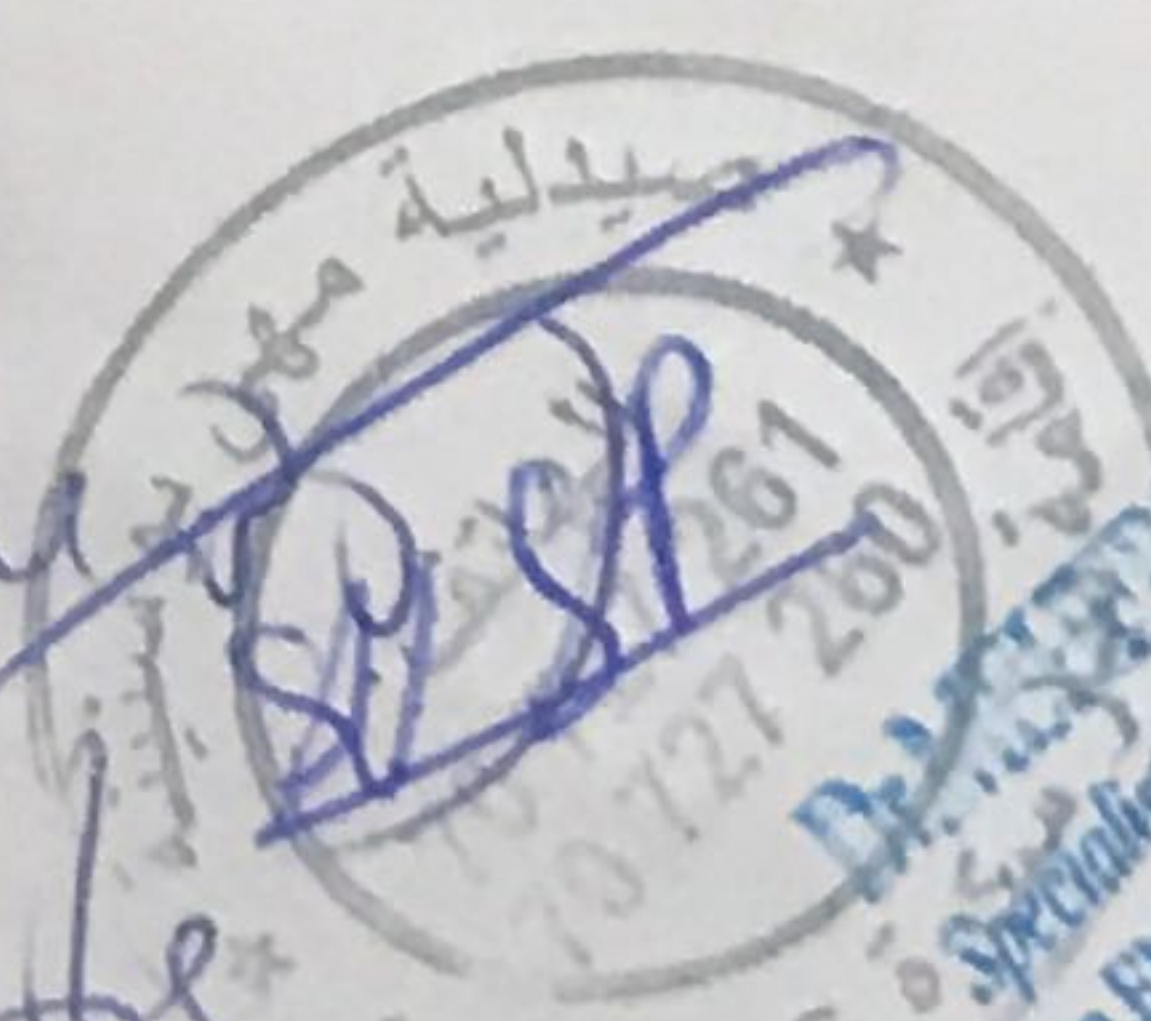
Zain Shaden  
Nasibor Sy  
Copro 1 cp/jour  
✓

Solbandor Sy

Physt (10 bords)  
✓

Influenza (10 bords)

Influenza JCH: 6 tubes



Dr. Meherzi Mohamed Sofiane  
Spécialiste en Pédiatrie & en néphrologie  
Résidence ENNAKHIL 2, Bloc B, Rue du Koweit La Marsa  
Tel: 25 839 391

إقامة النخيل 2، مبنى ب شقة عدد 2، نهج الكويت - 2078 المرسى الهاتف : 52 839 391 - الجوال : 25 839 391  
Résidence «ENNAKHIL 2», Bloc B, Appartement n°2, Rue du Koweit - 2078 La Marsa Secrétariat : 52 839 391  
البريد الإلكتروني : meherzi.sofiane@gmail.com E-mail : Urgence : 25 839 391



# PHARMACIE

Bousmina Mehra

Res. Diar Soukra Ain Zaghouan. 2045

Tél : 70727260 / Fax : 70727261

Code TVA : 928492P/D/C/000

N° CNAM : N° CNAM 1/9731/31

Malade :

28/03/2021

Code pct

Articles

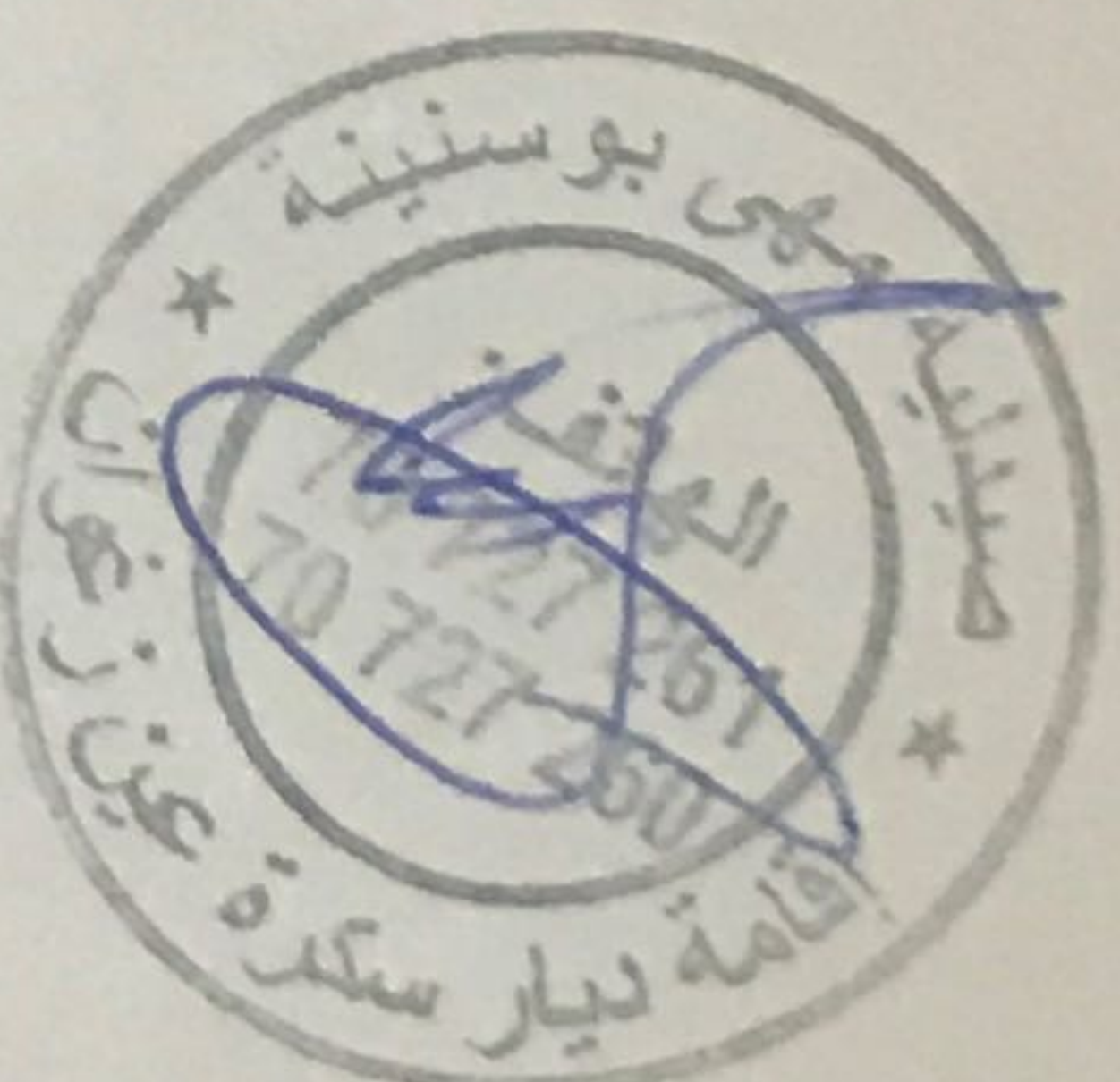
N° Ordon.

Qté

Prix Unit

300518	MAXILASE SIRUP FL 125ML / SIRUP	1	5.107	5.107
	COPRED 20 MG B/10 EFEE /	1	5.034	5.034
300184	SALBUTAMOL 2MG/5ML SRP. FL/150	1	4.545	4.545
307322	PHYSIOL 5 CC/ 100DOSES / GTTE	10	2.453	24.530
	OSCILLOCOCCINUM B/30 / HOMEIO	1	54.724	54.724
401002	INFLUENZINUM 9CH DOSE /	8	3.855	23.130
404088	HOMEOPLASMIN / HOMEIO	1	5.838	5.838
404088	CICADERMA / POMMADE DER	1	8.820	8.820
Total				131.629

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :  
cent trente et un Dinars 629 millimes





**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.

**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, il peut adresser le présent bulletin de soins sous pli cacheté au médecin contrôleur de la C.A.R.T.E.

## PARTIE A REMPLIR PAR LES PRATICIENS

**NOM et PRÉNOM du Malade :**

Deri Skander

Date	Désignation C — VPC ou K nomenclature	Montant des honoraires perçus	Norm et cachet du Médecin attestant le paiement des actes médicaux	EXECUTION DES ORDONNANCES	
				Cachet et Visa du Pharmacien ou du laboratoire	Montant de la facture
9 MARS 2021	CS	60	<p>M F</p> <p>M.F.: 1259363/NANP19000</p> <p>M F</p> <p>M F</p> <p>M F</p> <p>M F</p> <p>M F</p> <p>M F</p>	<p>M F</p> <p>928492PM</p>	<p>151.62</p>

HOSPITALISATION (1)	
Date d'entrée	
Date de sortie	
Montant des frais	
OBSERVATIONS Visa et cachet de l'Etablissement	

(1) Joindre au présent bulletin une facture de l'Etablissement médical

C. A. R.  
DECOMPTE DEPRESTA

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

Consultation.....  
Visite.....  
Pharmacie.....  
AM et PC.....  
Analyse.....  
Maternité.....  
Soins dentaire.....  
Clinique – Hôpital.....  
Chirurgie.....  
Radio + Tt SPx.....  
Orthopédie.....  
Optique.....

NET A PAYER....

OBSERVATIONS

151.629