

DE LA MAI
 vos ordonnances les pros
 Au cas où l'emballage n
 trouvez dans
 Collez
 ANNANCES
 de l'établiss
 analyses, etc
 pièces n
 Le
 1/9629/26
 182L/C/P/000
 71 777 644

ARI SIDI DAOUD - LA

Malade :

29/01/2021

Code pot	Articles	N°Ordon.	Qté	Prix Unt	
301310	ESOPREX 10 MG CP B/30 / COMP		3	31.225	93.675
				Total	93.675

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :
 quatre vingt treize Dinars 675 millimes

Esoprex 10mg
comprimé boîte de 30

Lot N°: 20004

Date Fab: 08/20
A Utiliser: 08/22
005310

Esoprex 10mg
comprimé boîte de 30

Lot N°: 20003

Date Fab: 08/20
A Utiliser: 08/22
006618

Esoprex 10mg
comprimé boîte de 30

Lot N°: 20004

Date Fab: 08/20
A Utiliser: 08/22
001165

132.00
 26 Fama
 Vm...

Le relevé d'honoraires doit être accom-
pagné des pièces médicales (ordonnances, notes de
consultation, analyses, etc.) et, en cas d'hospitalisation, d'une
feuille de l'établissement médical.

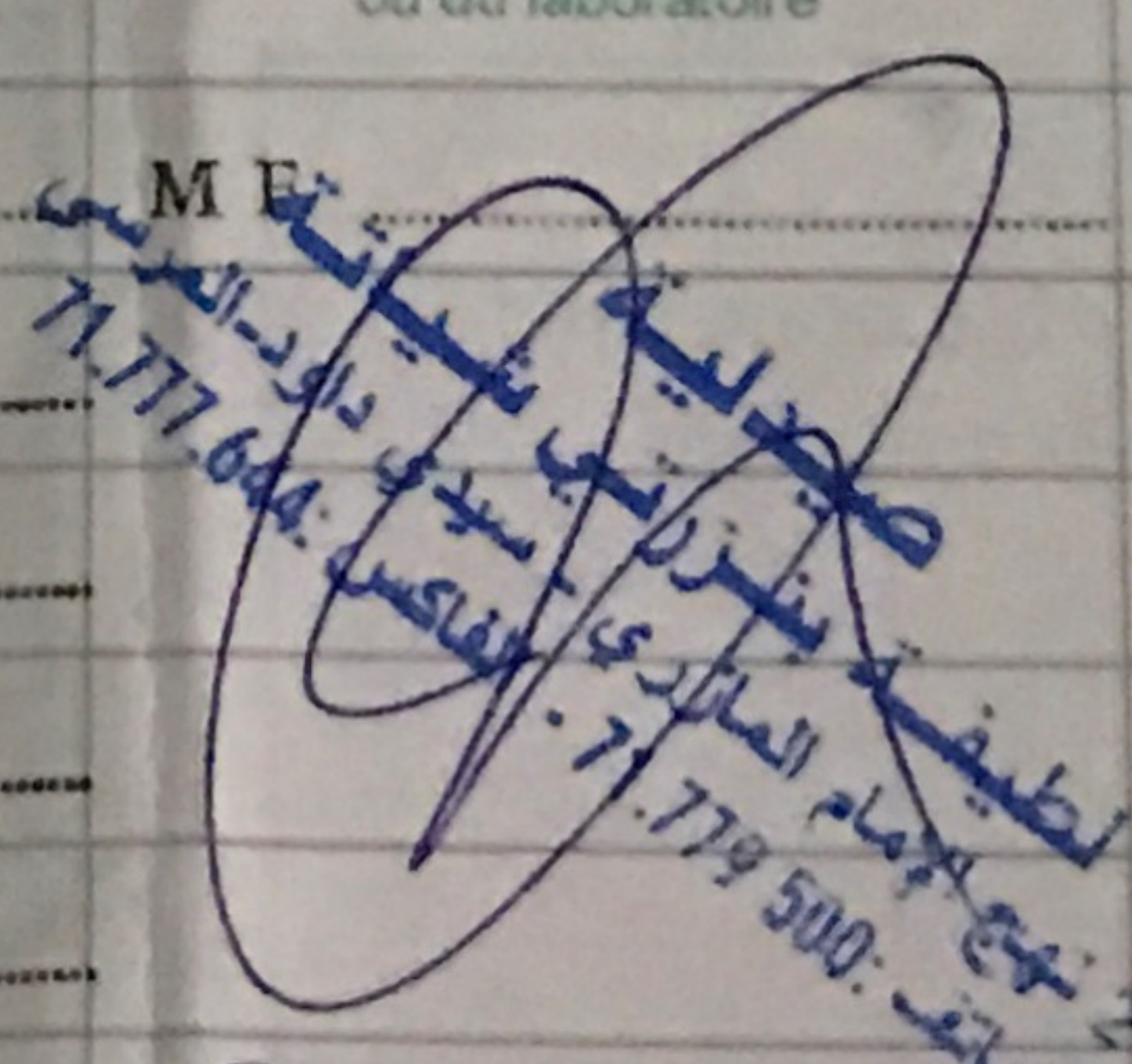
ORDONNANCES. — Collez sur vos ordonnances les vignettes que
vous trouvez dans l'emballage des médicaments.
Au cas où l'emballage ne porte pas de vignette, joignez à
vos ordonnances les prospectus.

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, il peut adresser le présent bulletin de soins sous
plis 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 : LEILA BEN MENNI

Date	Designation C — VPC ou K nomenclature	Montant des honoraires perçus	Nom 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
28.1.68		7,90	M F		93,625
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		

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. 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 + Tt SPx	.....
Orthopédie	.....
Optique	.....
NET A PAYER	
OBSERVATIONS	

Docteur ENNAIFER ZINE EL ABIDINE

PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

SEXOLOGUE

Diplômé en Psychothérapies Cognitives
et Comportementales

(Université Claude Bernard - Lyon)

Ancien Assistant Hospitalo Universitaire

الدكتور زين العابدين النيفر

إختصاصي في الأمراض النفسية

إختصاصي في العلاج النفسي السلوكي

والإضطرابات الجنسية (كلية ليون فرنسا)

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بتونس

Tunis, le 29 1 2021

M^{re} Leila Menni

Esopep 2 1/2

le soir

le soir

Traitement de 1 mois + 1/2

Dr. Ennaifer Zine El Abidine
Psychiatre - Sexologue
Ex-Assistant Hospitalo Universitaire
Psychothérapies - Cognitives
et Comportementales



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° e1079458
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