



الشركة التونسية للأوربية للتأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurances Tuniso-Européenne
S.A au capital de 25.000.000 Dinars | RNE 0000205M
Immeuble CARTE - Lot BC4 - Centre Urbain Nord 1082 - Tunis
☎ +216 71 18 40 00 - 📠 +216 71 18 41 84 | 📧 contact@carte.com.tn

www.carte.tn



BULLETIN DE SOINS

N° CNAM :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adhésion N° : 01079458 Employeur : FIS

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

ADHERENT

Nom : ZAIRI
Prénom : SOFIANE
Adresse :
Emploi : Sr. Namagh

MALADE

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Nature de la maladie : Pediatric

Visa de l'Employeur

Visa de l'Adhérent

[Signature]

N'oubliez rien

Vous éliminez toute correspondance inutile.

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :

APCI ☐ MO ☐ Hospitalisation ☐ Suivi de grossesse ☐

Code APCI ☐ Date prévue d'accouchement : / /

NOM & PRENOM DU MALADE : Amr Shams

CONSULTATIONS ET VISITES

Date	Désignation	Honoraires	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature
3 MAI 2025	CS	75000	MF: 1259363N/A/P/000	Dr Meherzi Mohamed Sofiane Pédiatre 777 444 444

ACTES MEDICAUX

Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte effectué

Date	Code Acte	Honoraires	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature

BIOLOGIE & RADIOLOGIE

Joindre obligatoirement les codes des actes et la prescription médicale

Date	Montant	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature

Avis important

- Ce bulletin doit être rempli soigneusement et avec la plus grande précision.
- Ce bulletin ne peut servir que pour un seul malade.
- Toute fraude ou fausse déclaration est passible des poursuites judiciaires et des sanctions prévues par la réglementation en vigueur.

ACCOUCHEMENT* - HOSPITALISATION

*En cas d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau-né

Date	Montant	Code clinique	Matricule Fiscal	Cachet & Signature

PHARMACIE

Date	Montant	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature
3/5/25	US. 530	MF: 768182 UP/C000	

VIGNETTE
PROSPAN 0.7G
FL.100ML
PPT:

VIGNETTE
PERILIUM susp
FL 200 ml

VIGNETTE
SPASCARE 80 mg
Boite de 20 comprimés
PPT: 6.240 DT

DOLIPRANE 500 mg
16 comprimés
PPT: 2,715 DT

طيفه بنزرتي شيفانه
نوح الامام المازري - سيني داوود المرسي
777 444 444

بات المنصوص عليها في القانون الجاري به العمل.

Dr. Meherzi Mohamed Sofiane

الطبيب محمّد سفيان المحرزى

Spécialiste en Pédiatrie

إختصاصي في طب الأطفال

CNAM : 1/19414/14

Tunis, le 03 MAI 2025 تونس، في

Laini Shaden

② Normin Sp 10ml x 10 x 10

③ Spasone 1cp x 10 x 10

④ Perilium Sp 7,5cl x 10 x 10

⑤ Dolipros 1cp x 10 x 10

⑥ Propan 5cl x 10 x 10

⑧ Strenghmin 10ml x 10 x 10

25 839 391 : الهاتف : المراسى 2078

إقامة النخل 2، مبنى 2، نهج الكويت - 2078 La Marsa

Urgence : 25 839 391

E-mail : meherzi.sofiane@gmail.com

البريد الإلكتروني :

Pharmacie

BENZARTI CHAYATA

2, RUE LIMAM EL MEZRI SIDI DAOUD - LA MAI

Tel: 71 779 500

Code Tva : 768182L/C/P/000

N° Cnam : 1/9629/26

Date 03/05/2025

Code Pct	Désignation	N° Ordon	Qté	Prix Unit.	Tot. Ttc
102082	NORMIX 2% SIROP FL/60ML		1	8.131	8.131
303020	SPASCARE 80MG CP B/20		1	6.240	6.240
302591	PERILIUM SIROP 1MG FL/200ML		1	10.690	10.690
300310	DOLIPRANE COMP 500 MG B/16		1	2.715	2.715
303161	PROSPAN SIROP		1	11.160	11.160
104311	ENTEROGERMINA BT10 AB		1	6.594	6.594

Total 45.530

Arrêter la présente Ordonnance à la somme de:
quarante-cinq Dinar(s) et 530 Millimes

Handwritten signature and stamp in Arabic, including the text "مستشفى" (Hospital) and "المرضى" (Patients).

ACCOUCHEMENT* - HOSPITALISATION

*En cas d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau-né

Cachet & Signature

Conte clinique Matricule Fiscal

Date Montant

PH

Date Montant

3/5/25 US. 530

VIGNETTE
PROSPAN 0.7G
FL.100ML
PPT:

VIGNETTE
PERILUM susp
FL 200 ml

VIGNETTE
SPASCARE 80 mg
Boîte de 20 comprimés
PPT : 6.240 DT

PLIPRANE 500 mg
6 comprimés
T: 2,715 DT

Normix
otique intestinal
contient de la Rifaximine, un nouveau antibiotique à un spectre bactéricide
traitement ne doit pas dépasser 7 - 15 jours et doit être déterminée par la réponse
patient.
ou des cycles de traitement seraient requis, chaque cycle de traitement devra être
ne période d'interruption de 20 - 40 jours.
ale de la thérapie intermittente doit être déterminée par la réponse clinique
u patient.

ine as it contains important information

or pharmacist has told you:

in this leaflet, speak to your doctor or pharmacist.

creasing of symptoms after a brief period of treatment.

بات المنصوص عليها في القانون الجاري به العمل.