

## Importantes Recommendations

## توصيات هامة

- حتى لا يكون عرضة لسقوط الحق يتحتم على المنخرط إيداع هذه البطاقة تحت تصرف الصندوق في أجل أقصاه 30 يوما من تاريخ الوصفة أو العلاج الطبي. في نطاق النظام التكميلي يتم احتساب الأجل بداية من تاريخ الإسترجاع القاعدي. يجب إرفاق كل بطاقة علاج ب :
- الوصفة الطبية الملائمة حاملة لختم الطبيب الممارس لأسعار الأدوية و ختم الصيدلي.
  - طوابع الأدوية الموصوفة أو ( في صورة عدم توفرها) الدلائل المرفقة.
  - فاتورة مصاريف : المستشفى، المصحة، المعاونين الطبيين...
  - نسخ: من نتائج التحاليل، من تقارير الفحوصات بالأشعة.

Sous peine de déchéance, ce bulletin doit parvenir à la Caisse de Prévoyance et de Retraite des Avocats au plus tard 30 jours à compter de la date de la prescription du traitement ou des soins médicaux.

Tout bulletin doit être accompagné:

- de l'ordonnance médicale correspondante portant le cachet du pharmacien.
- des vignettes des médicaments ou (à défaut) de leurs prospectus de la facture des frais de l'hôpital, de la clinique ou de l'auxiliaire médical, copie des analyses ou des comptes-rendus des explorations par imageries...

كل من يعتمد إعلاما كاذبا يفقد حق التمتع بالتعويضات المعنية و يكون عرضة للتبعات الإدارية

Toute fausse déclaration entrainera la perte du droit au remboursement relatif au bulletin et l'adhérent est passible de poursuites administratives

Adresse: 108 Boulevard 9 Avril  
1938 - 1006 Tunis

الهاتف : 71 565 111  
Fax: 71 566 678

العنوان : 108 شارع 9 أبريل 1938  
1006 تونس



## صندوق الحيفة و التقاعد للمحامين

Caisse de Prévoyance et de Retraite des Avocats

### Bulletin de Soins des Maladies Lourdes بطاقة علاج خاصة بالأمراض الثقيلة

Cachet BO ختم مكتب الضبط

Cachet de Saisie

➔ Réserve à la CAISSE  
خاص بالصندوق

Nom & Prénoms de l'Adhérent

إسم و لقب المنخرط

Adresse de l'Adhérent

عنوان المنخرط

N° Carte d'Identité

رقم بطاقة التعريف

Matricule d'adhésion

رقم الإنخراط

Prestataire:

الإبن  
Enfant

القرين  
Conjoint

المنخرط  
Adhérent

صفة المنتفع

➔ Partie à Remplir par l'adhérent  
جزء يعمر من قبل المنخرط

إمضاء المنخرط  
Signature de l'Adhérent



## À remplir par les médecins et les praticiens

## خاص بالأطباء و الممارسين

## جزء خاص بالصندوق Partie réservée à la Caisse

Nom et Prénom du Malade .....  
إسم و لقب المريض

### Soins dentaires علاج الأسنان

تاريخ Date  
نوعية العلاج Désignations  
الأجر Honoraires  
الإمضاء و الختم Visa & Cachet

تاريخ Date  
الأسنان Dents  
نوعية العمل الطبي Acte Médical  
الأجر Honoraires

العنوان Rubrique  
المبلغ Montant

### Exécution des ordonnances تنفيذ الوصفات

Montant المبلغ  
الإمضاء و الختم Visa & Cachet

Total الجملة

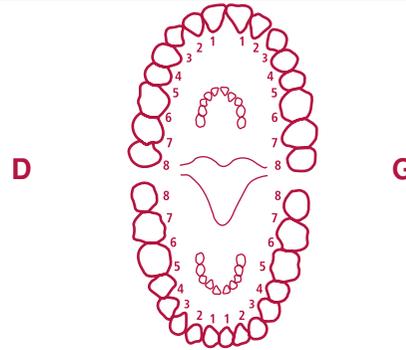
### Hospitalisation الإقامة في مراكز الصحة

Date d'entrée: ..... تاريخ الدخول:

Date de sortie: ..... تاريخ الخروج:

Montant: ..... المبلغ:

Visa & Cachet الإمضاء و الختم



التنصيب على السن و الأعمال المنجزة طبقا للجدول الرسمي  
Indiquer la dentée traitée et les interventions  
pratiquées selon la nomenclature en vigueur

Visa du vérificateur إمضاء المراقب

Visa du responsable إمضاء المسؤؤل

Cachet de Saisie طابع الضبط الالي