

## 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، المصححة، المعاوين 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 الحيلة و التقاعد للمحامين

Caisse de Prévoyance et de Retraite des Avocats

### Bulletin de Soins

Cachet BO ختم مكتب الضبط

### بطاقة علاج

Cachet de Saisie

➔ Réserve à la CAISSE  
خاص بالصندوق

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

إسم و لقب المنخرط  
Nom & Prénoms de l'Adhérent

عنوان المنخرط  
Adresse de l'Adhérent

رقم بطاقة التعريف  
N° Carte d'Identité

رقم الإنخراط  
Matricule d'adhésion

صفة المنتفع  
Prestataire: الإين Enfant القرين Conjoint المنخرط Adhérent

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

العنوان  
Rubrique

المبلغ  
Montant

تاريخ  
Date

نوعية العلاج  
Désignations

الأجر  
Honoraires

الإمضاء و الختم  
Visa & Cachet

تاريخ  
Date

الأسنان  
Dents

نوعية العمل الطبي  
Acte Médical

الأجر  
Honoraires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Exécution des ordonnances

تنفيذ الوصفات

Montant

المبلغ

Visa & Cachet

الإمضاء و الختم

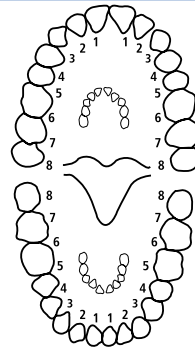
تاريخ  
Date

الأسنان  
Dents

نوعية العمل الطبي  
Acte Médical

الأجر  
Honoraires

D



G

التنصيب على السن و الأعمال المنجزة طبقا للجدول الرسمي

Indiquer la dent 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 الاتي

Date d'entrée: ..... تاريخ الدخول:

Date de sortie: ..... تاريخ الخروج:

Montant: ..... المبلغ:

Visa & Cachet ..... الإمضاء و الختم