تـعاونية الكـهربـاء و الغـاز

MUTUELLE DE L'ELECTRICITE ET DU GAZ

38, rue Kamel Ataturk – Tunis Tél. : 71 341 311 Fax :71331 943

صالحة لمدة شهر واحد

بطاقة استرجاع مصاريف طبية

L'affilié المنخرط

Prénom : ..... الاسم :

Nom : ..... اللقب :

N° CIN رقم ب.ت.و.	Mat. STEG الرقم الآلي	Identifiant Unique المعرف الوحيد
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Adresse : ..... العنوان:

.....

Code postal ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ الترقيم البريدي	Tél. ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ الهاتف

وضعيّة المنخرط: ☐ مباشر ☐ مُلحق ☐ متقاعد ☐ *مُتوفى

*اسم و لقب الأرملة : .....

Le malade المريض

ابن enfant	0	

الابن الأوّل = 01, الثاني = 02, الثالث = 03...

قرين conjoint	

Identifiant Unique المعرف الوحيد

⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

متقاعد Retraité	

Prénom : ..... الاسم :

Nom : ..... اللقب :

Date de naissance ..... / ..... / ..... تاريخ الولادة

يصرح المنخرط بصحة الإرشادات المذكورة أعلاه.	إمضاء المنخرط Signature de l'affilié
L'affilié déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.	....., le ... / ... / ... في .....

Code UFG : ⌊_⌊_⌊_⌋

Date et cachet de l'UR :

هـام جـدّا :

1. الرجاء تعمير هذه المطبوعة بكل دقة وعناية
2. كل تدليس أو إدلاء بمعلومات غير صحيحة يعرّض صاحبه للعقوبات المنصوص عليها بالنظام الدّاخلي للتّعاونية.
3. تتحمّل التّعاونية المصاريف الطبّية النّاتجة عن الأمراض العادية لا غير.

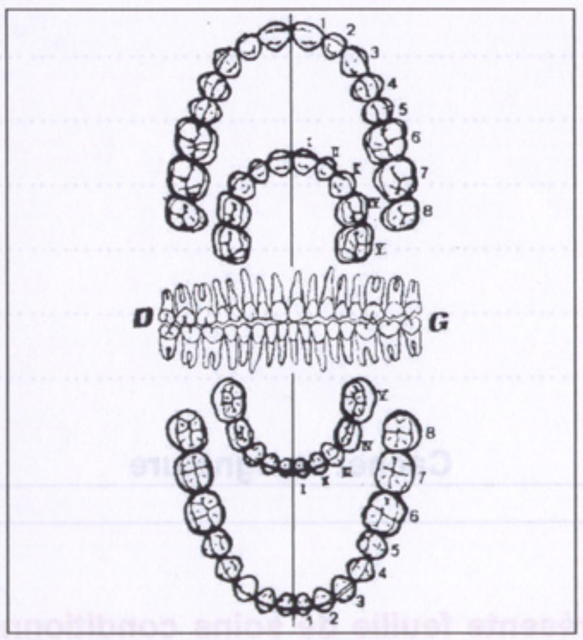
Réservé à la STEG

Soins dentaires

Date	Dent	Code de l'acte	Cota-tion	Honoraires	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle

Prothèses dentaires

Date	Dents	Code de l'acte	Cota-tion	Honoraires	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle



Réservé au Médecin Conseil des soins dentaires de la Mutuelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ... / ... / ... Cachet et signature

L'affilié déclare avoir reçu le titre de paiement relatif à la présente feuille et dont le montant s'élève à ---------- **Date et signature**

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom et prénoms du malade : .....

NB. La Mutuelle de l'Electricité et du Gaz prend en charge <u>uniquement les maladies ordinaires.</u>

Consultations et visites

Date	Désignation	Honoraires	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle

NB. *Le médecin praticien est prié d'inscrire clairement le nom du malade en première ligne de l'ordonnance délivrée.*

Actes médicaux et paramédicaux

Date	Code de l'acte	Cota-tion	Honoraires	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle

Biologie

Date	Code de l'acte	Cota-tion	Honoraires	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle

Réf. Doc. : FRFM : 01

Pharmacie

Date	Montant	Code du professionnel de santé	Cachet et signature	Réservé à la Mutuelle

NB. *- Joindre les ordonnances avec le cachet du pharmacien et sa signature devant tout article prescrit sans vignette ou sans prospectus.*

- Y inscrire le montant total en toutes lettres avec la mention « arrêté à la somme de ».

Réservé au Médecin Conseil de la Mutuelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ... / ... / ... **Cachet et signature**

- **Le bon renseignement de la présente feuille de soins conditionne la célérité du remboursement, des frais qui y sont mentionnés.**
- **Cette feuille de soins ne peut servir que pour un seul malade.**