

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION DE LA MFE

ACTE	LIQUIDATION	VENTILATION
VISITES		
MEDICAMENT		
INJECTION		
AUTRES SOINS		
VERRE		
ANALYSE		
RADIO		
INTERVENTION CHIRURGICALE		
SOINS DENTAIRES		
MONTURE		
ACCOUCHEMENT		
SECOURS DECES		
SECOURS EXCEPTIONNEL		
	TOTAL	
	DEDUCTION	
	NET	

le :/...../.....

Visa de l'Agent de Liquidation

Visa de l'Agent de Saisie

Visa de l'Agent de Cotisation

Visa de l'Agent de Ventilation

Visa de l'Agent de Contrôle



Mutuelle Des Fonctionnaires De L'État

170 RUE MONGI SLIM TUNIS BP 278 RP
 TEL: 71 56 53 56—FAX : 71 57 55 51
 www.mfe.tn — info@mfe.tn

**BULLETIN
 DE REMBOURSEMENT
 DES FRAIS DE SOINS**

Cachet
 Bureau d'Ordre

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

CNRPS

Réf Dossier :...../...../.....

Nom & Prénom :.....

Ministère /Organisme :.....

Adresse Professionnelle :.....

Adresse Personnelle :.....

Tél : GSM :

RIB/RIP

Malade :

L'adhérent

Le conjoint

L'enfant Né le :...../...../.....

A.....le :/...../.....

Signature de l'adhérent

NB: La validité du présent bulletin est de 3 mois à compter de la date de soins.

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom et Prénom du Malade :.....

CONSULTATIONS ET VISITES

Date	Désignation	Honoraires	Cachet et Signature

PHARMACIE

Date	Montant	Cachet et Signature

NB : les vignettes et les prospectus doivent être bien collés sur l'ordonnance médicale

ACTES PARAMEDICAUX

Date	Montant	Cachet et Signature

RADIOLOGIE

Date	Montant	Cachet et Signature

ANALYSE

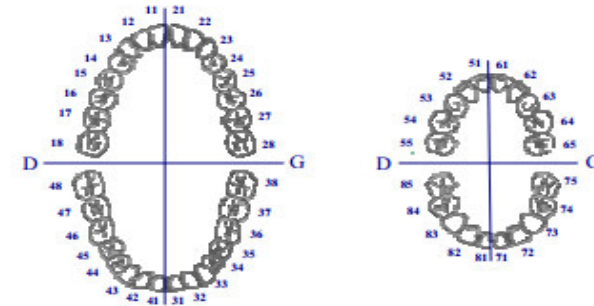
Date	Montant	Cachet et Signature

HOSPITALISATION ET INTERVENTION CHIRURGICALE

Date	Code	Honoraires	Cachet et Signature

CONSULTATIONS ET ACTES DE SOIN DENTAIRES

Date	Dents	Code Acte	Honoraires	Cachet et Signature



VISA DU MEDECIN CONTROLEUR