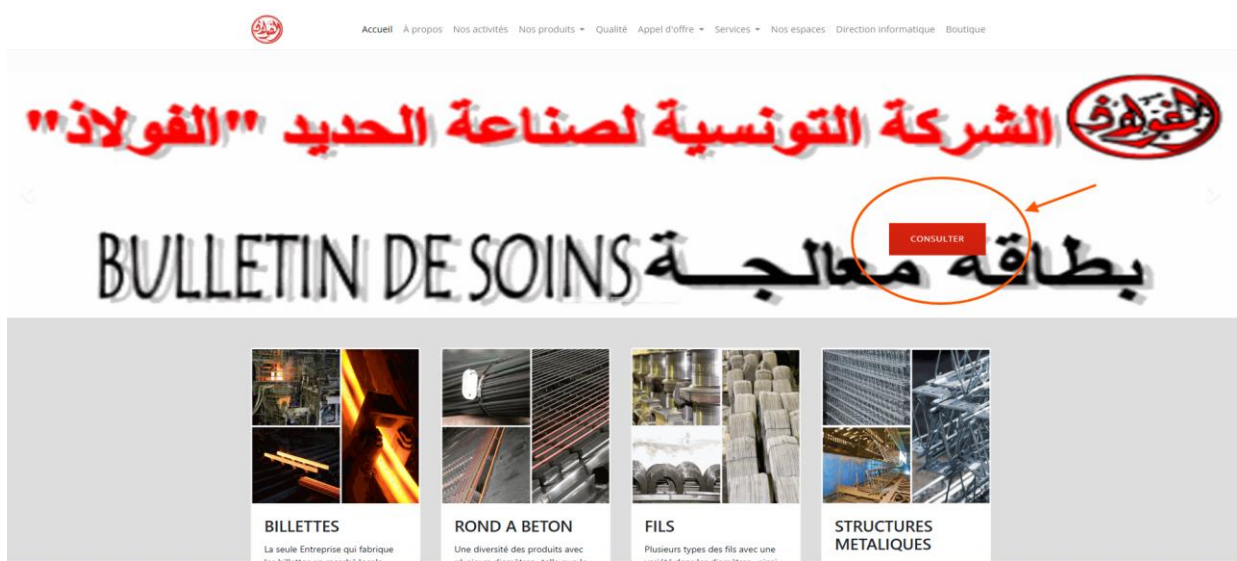




Manuel d'utilisation l'application d'impression des bulletins de soin

Année : 2025

Dans notre site web :



Dans notre site web aussi :

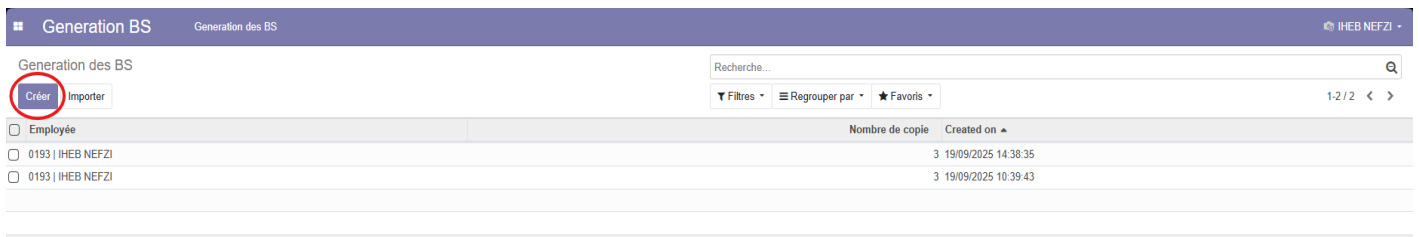
Services ---> Personnels ---> impression des bulletins de soins



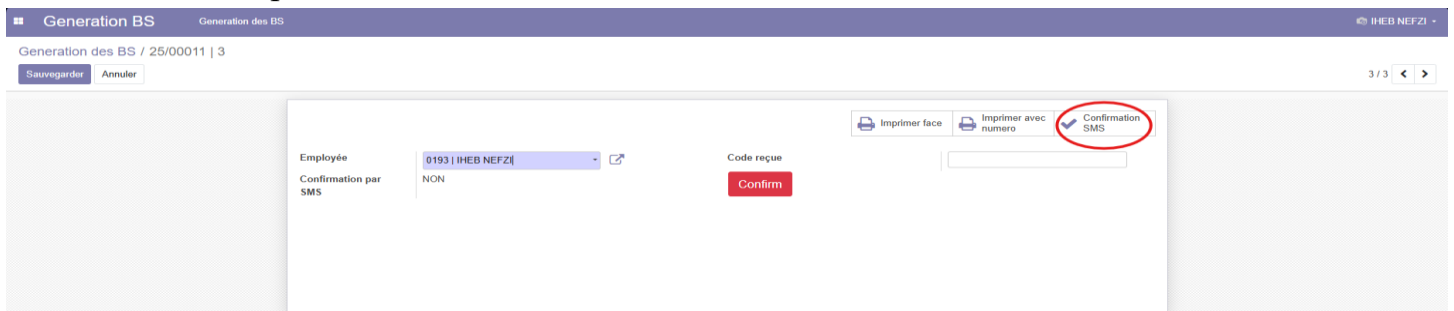
1. Saisir votre login et mot de passe
Par défaut email : votre matricule
Mot de passe : 123



2. Cliquer sur le bouton crée



3. Cliquer sur confirmation SMS



4. Saisir le code de confirmation envoyé à votre numéro téléphonique puis taper sur **confirmer**

Generation BS / 25/00011 | 3

Gauvegarder Annuler


Employee: 0193 | IHEB NEFZI
Confirmation par SMS: NON

Code reçue: bnoc.f

Imprimer face Imprimer avec numero Confirmation SMS

Confirm

- Si le code de confirmation est correct le status de confirmation par SMS sera changer de **NON** vers **OUI**.
- Cliquer sur imprimer avec numéro puis imprimer les copies
- Cliquer sur imprimer face puis imprimer les copies en verso
- L'application vous permet d'imprimer trois bulletins de soin par défaut.

A REMPLIR PAR LES MEDECINS ET PRATICIENS				25/00011				خاص بالأطباء و الممارسين 25				خاص بشركة "الفولاد"	
NOM & PRENOM DU MALADE : اسم المريض													
DATE DE NAISSANCE : تاريخ الولادة													
التاريخ	نوع العلاج	الأتعاب	الإمضاء و الختم	SOINS DENTAIRES علاج أسنان								ملخص	
DATE	ACTE MEDICAL	HONORAIRES	Signature & Cachet	التاريخ	الأسنان	نوعه العلاج	الأتعاب	DATE	DENTS	ACTE MEDICAL	HONORAIRES	RECAPITULATION	
												CODE RUB	المبلغ - MONTANT
EXECUTION DES ORDONNANCES تنفيذ الوصفات الطبية				PROTHESES DENTAIRES تركيب الأسنان								TOTAL	
Honoraires الأتعاب		CACHET & SIGNATURE إمضاء وختم الصيدلي		التاريخ	الأسنان	نوعه العلاج	الأتعاب					امضاء عون المراقبة	
				DATE	DENTS	ACTE MEDICAL	HONORAIRES					قرار وامضاء الطبيب المراقب	
HOSPITALISATION الإقامة بالمستشفى أو المصحة													
Date d'entrée : تاريخ الدخول													
Date d'entrée : تاريخ الخروج													
Montant des frais : المصاريف													
Visa & Cachet de l'Etablissement : إمضاء وختم المؤسسة													

التنصيب على السن أو الأسنان التي وقع علاجها وكل عمل طبّي منجز وذلك طبق الجدول الرسمي المعمول به

BULLETIN DE SOINS بطاقة معالجة



NOM & PRENOM DE L'ADHERENT : اسم و لقب المنخرط : IHEB NEFZI

MATRICULE الرقم المهني 0 1 9 3

CODE PRESTATAIRE ADHERENT CONJOINT ENFANT
00 99

(*) Rang Enfant 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}

SIGNATURE DE L'ADHERENT إمضاء المنخرط

يجب على المنخرط توجيه هذه البطاقة إلى الشركة التونسية لصناعة الحديد «الفولاذ» في غضون ثلاثون يوما على أقصى تقدير من تاريخ الوصفة الطبيّة أو العلاج الطّبيّ تقاديا لكلّ حرمان من التّعويض.

يجب مصاحبة هذه البطاقة بجميع الوثائق :

* الوصفات الملائمة التي يجب أن تحمل الطوابع الموجودة على علب الدواء و في صورة عدم وجود هذه الطوابع يجب الاستظهار بالدلائل المصاحبة للأدوية

* يجب أن تحمل الوصفات أسعار الأدوية و كذلك طابع الصيدلي.

* قاتمات المصاريف لدى المستشفيات أو المصحات أو المعاونين الطبيين.

كلّ من يتعمّد إعلاما كاذبا ، يكون عرضة إلى فقدانه لحقّ التغطية الصحيّة

9. Important, vous devrez changer votre mot de passe

Generation BS		Generation des BS		IHEB NEFZI	
Generation BS		Recherche...			
Gestion des utilisateurs		Filtres		Regrouper par	
		Favoris		1-3/3	
<input type="checkbox"/>	Employée	Nombre de copie	Created on		
<input type="checkbox"/>	0193 IHEB NEFZI	3	06/10/2025 14:06:27		
<input type="checkbox"/>	0193 IHEB NEFZI	3	19/09/2025 14:38:35		
<input type="checkbox"/>	0193 IHEB NEFZI	3	19/09/2025 10:39:43		

Changer le mot de passe

Login: 0193

Mot de passe: [.....]

Confirmer mot de passe: [.....]