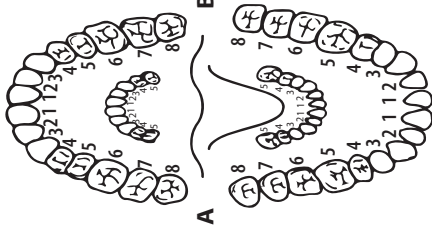


Le praticien indique sur le croquis ci-dessous la dent traitée, désigne l'intervention pratiquée en se servant des codes et coefficients de la nomenclature générale.

| CACHET DU PRATICIEN | | MATRICULE FISCAL DU PRATICIEN | | SOIN | | PROTHESES | |
|---------------------|--|-------------------------------|--|---|--|--|--|
| | | | | Montant des honoraires perçus Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins Date | | Montant des honoraires perçus Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse Date | |

| SCHEMA | | INTERVENTION | | | | |
|--------|---|--------------|------|-------------|--|--|
| B | HAUT A | DATE | DENT | COEFFICIENT | Désignation détaillée de l'acte et observation | |
| |  | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

NOM ET PRENOM DU MALADE :

Finzi Unsines Graphiques 08/05



ASSURANCES **BIAT**

DECLARATION DE SINISTRE MALADIE

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT (*)

CONTRACTANT

N° DE POLICE

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT

MATRICULE DE L'ADHERENT

PRENOM DU MALADE

ARRET DU TRAVAIL :

* Cause ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Accident de travail

* Nombre de jours de repos à partir du

VISA DE L'EMPLOYEUR

SIGNATURE DE L'ADHERENT

(*) A remplir soigneusement pour éviter tout retard de remboursement.

NE RIEN ECRIRE DANS CETTE CASE

DS 121001

Capital de 10.000.000 dinars - Immeuble Assurances BIAT - Les jardins du lac (LAC II) - 1053 Les berges du lac - R.C. : B 160631997
Tunis - Tél : (216) 71 197 820 - Fax : (216) 71 197 810 - E-mail : general@assurancesbiat.com.tn

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

RELEVÉ D'HONORAIRES : Le relevé d'honoraires doit être accompagné de toutes les pièces médicales (ordonnances, notes de laboratoire d'analyses, prescriptions, etc...) et, en cas d'hospitalisation, d'une facture détaillée de l'établissement médical ainsi que d'une attestation relative à la nature des actes pratiqués. Cette dernière peut être contenue dans une enveloppe portant la mention "confidentiel" et adressée au Médecin Contrôleur d'Assurances BIAI qui, seul, en prendra alors connaissance. Veuillez noter, en outre, que les consultations sans ordonnance ne donnent pas droit à remboursement.

VIGNETTES : Les vignettes que vous trouverez sur l'emballage des médicaments ne seront remboursées que si elles sont collées DANS L'ESPACE RESERVE A CET EFFET CI-DESSOUS.

Ne collez jamais vos vignettes sur l'ordonnance.

ORDRE DU TRAITEMENT : La durée du traitement doit être indiquée par le Médecin sur l'ordonnance ou dans la colonne réservée à cet effet dans le tableau ci-dessous. Elle ne doit en aucun cas dépasser 3 mois et ne peut être renouvelée que sur nouvelle prescription médicale. En cas d'absence de ce renseignement, la durée du traitement est fixée forfaitairement à 15 jours.

DECLARATION : Constituez un dossier par malade et par personne. Rassemblez toutes les pièces de votre dossier à l'intérieur de la présente feuille de soins qui formera chemise et vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis.

Votre dossier doit parvenir aux Assurances BIAI au plus tard 45 jours après la date la plus ancienne qui y figure sous peine de rejet de votre réclamation.

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT
RELEVÉ D'HONORAIRES

| | | | | |
|-------------------------|--|---|--|--|
| NOM ET PRENOM DU MALADE | | CACHETS ET NOMS DES MEDECINS ET ETABLISSEMENTS DE SOINS | | |
| <div></div> | | <div></div> | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|--|------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|--|
| Dates des Actes médicaux | Designation et coefficients des actes dispensés d'après nomenclature générale | Montants des honoraires perçus | Signature et cachet du médecin attestant le paiement de l'acte médical | MATRICULE FISCAL | Signature et cachet du Pharmacien | MATRICULE FISCAL | Montant Facture | EXECUTION DES ORDONNANCES | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

COLLEZ VOS VIGNETTES ICI