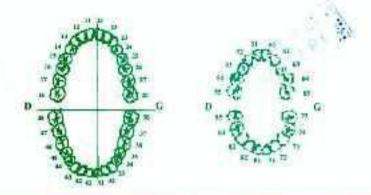
## Hest indispensable d'indiquer la dent traitee, she designer les actes pratiques ses réservant aux soles de la monumentature difficielle DATE DENT COBE ACTE COLVILIAN HONORABRES CONVENTIONNE SEAL.

CACHET ETSBUNATURE



DATE	DEST	CODEACTE	COUNTRIES	BOSON SIKES	CONSENSIONAL	SIAVRICULE FISCAL
	- 5	10/1/10/2017	-			155900000

CACHEL EL SIGNATURE

Ref. 130sser

DESTRAIS DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL	ففر فن طرف المشمون الاجتماعي
DENTIFIANT 235142	المعرف الوحيد كال الم
CNSS CNRPS	Convention bilatérale
L'assuré social	الشبون الأجلماعي
Prénom :	دسم وحاد
Nom:	اللب الحكمو
Latrosolland Sharled L	ملوان شعبح بسعيد حيسات
	مروح کے الم
ترقيم البريدي ،	н
- 531 69 c	The second secon
Nº DICTREPORTABLE 3 3/1 X 2 2	2 2 5 the action 571 all a 2
n° du tél portable 534,89 s	قم الهاتف الجوال كرا
N. DU TELPORTABLE 20482 K	قدم الهاقف الجنوال كـ 2 مـ مــــــــــــــــــــــــــــــ
Le malade	قدم الهاقف الجنوال كرام المريض
Le malade	المريش
الاين إليا الأسل	العريش مضمون الاجتماعي القوين
Le malade	المريش
الاين إليا الأسل	العريش مضمون الاجتماعي القوين
ا الأبين إليا الأسل	العريش مضمون الاجتماعي القوين
الأبن الأسلل الأسلل الاهسل الاهسل الاهسلل الاهسلام المعامل ال	LE CONJOINT LEASSURE SOCIA
الإسل الإسل الإسل الاسل الاسل الاسل الاسل الاسل الاسلام المسلم ا	LE CONJOINT LEASSING NOCIA
الأبن الأسلل الأسلل الاهسل الاهسل الاهسلل الاهسلام المعامل ال	LE CONJOINT L'ASSURE SOCIA
الإسل الإسل الإسل الاسل الاسل الاسل الاسل الاسل الاسلام المسلم ا	LE CONJOINT L'ASSURE SOCIA
Le malade    Le malade     Le	LE CONJOENT L'ASSURE NOCIA
Lemalade    Lemalade   Lemant   Lemant   Lemant     Lemant   Lemant   Lemant     PRÉNOM : Lemant   Lemant     NOM : Lemant   Lemant   Lemant     DATE DE NAISSANCE : 26 10	LE CONJOENT L'ASSURE NOCIA
Lemalade    Vascendant   Vascen	LE CONJOENT L'ASSURE NOCIA
Lemalade    Lemalade   Lemant   Lemant   Lemant     Lemant   Lemant   Lemant     PRÉNOM : Lemant   Lemant     NOM : Lemant   Lemant   Lemant     DATE DE NAISSANCE : 26 10	العريض الغريض الغرين الاجتماعي الغرين الحديث التفاعل الغرين التفرين الاجتماعي التفليد التعلمون الاجتماعي التفليد التف

Venifica déposer en formulaire au centre régional ou lucal le plus proche de sotre domicile dans on déloi ne dégresant per les 40 jours de la date des soine.

تسلم هنده البخافة إلى اقترب مركز جهوي او محلي لعشر إقامتكم خلال مدة لا تغون 60 يوما من تاريخ العلاج،

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE												
Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :												
APCI	MO M-	Hospitalisa	ition	Suiv	vi de Grossesse	<u> </u>						
NOM ET PRENOM DU MALADE: MO VOUL 8AUAD   Date prévue d'accouchement												
(C. Or. 1740)												
DATE 01-01-	DESIGNATION	HONORAIRES	CONVENT	NO CENTRAL	WHAT "	SUCATIVE						
01-01-2	201	50,00	0	1001891611		1 rel						
		•		10-	8	FUE 963						
Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte effectué												
DATE	CODE ACTE	HONORAIRES	CONVENTION	The state of the s	RICULE	CACHET SIGNATURE						
18 8												
195					81 7							
	1	121		and the second s								
Joindre obligatoirement les codes des actes  DATE MONTANT CODE MATRICULE CACHET												
DATE	MONTANT	The second secon	CTIONNEL	FISCAL	1000	& SIGNATURE						
Biolog						-						
					25. 14							
5500	- 0											
S S DATE	CODE HOSPITALISATION	FORFAIT	CODE	21.4	ICULE	CACHET						
	JOSETTALISATION		CLINIQU	E · FISO	AL . & S	SIGNATURE						
Accouch						*						
DATE		-	ODE	MATRICULE								
DE DISPENSATION	MONTANT	CONVEN	CONVENTIONNEL		State Section	NATURA						
DE DISPENSATION  DE DISPENSATION  DE DISPENSATION	-6800		600	Assuma	NAME ROBBERGE	SOU 886						
		.)	2	Fax: 18 8	81 185 Tel. 13							
CONTRACTOR TVA: 8932456												
CLAVOR 500/62,5 mg 24 Comp. Petiteules												
Prix: 16D865 + 0D240												
/\J/\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	NETTE I		\ <i>\\\\\\</i>									
ACM	9 NTTL 15M	$ \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \  \ $			111519							
	'ii		7 HIV									
MULLIN 11 150 11 01 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11												
VVLLL												
هام جــدا Avis important												

يجب تحرير هذه المطبوعة بكل دقة. ولا يمكن إستعمالها إلا لمريض واحد.

كل تدليس أو تزوير يعرض صاحبه للتتبعات العدلية والعقوبات المنصوص عليها في القانون الجاري به العمل.

Ce bulletin de soins doit être rempli avec la plus grande précision, il ne peut servir que pour un seul malade.

Toute fraude ou fausse déclaration est passible des poursuites judiciaires et des sanctions prévues par la réglementation en vigueur.