RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

يجب على المؤمن له أن يوجه هذه البطاقة إلى " تأمينات سليم " في غضون الخمسة عشر يوما . على أقصى تقدير التي تعقب العالجة تفاديا لكل حرمان من التعويض .

* يجب مصاحبة هذه البطاقة بجميع الوثائق الطبية :

- الوصفات الملائمة التي يجب أن عُمل الطوابع الموجودة على علب الدواء وفي صورة عدم وجود هذه الطوابع يجب الإستظهار بالدلائل الصاحبة للأدوية . يجب أن حُمل الوصفات أسعار الأدوية وكذلك طابع الصيدلي .

- قائمات الصاريف لدى الستشفيات أو الصحات أو العاونين الطبيين .

Ce bulletin doit être adressé à Assurances SALIM dans les 15 jours au plus tard de la date de l'expiration du traitement, faute de quoi il ne sera plus remboursé.

* Tout bulletin doit être accompagné

 des ordonnances médicales correspondantes sur lesquelles seront collées les vignettes qui se trouvent dans l'emballage des médicaments, ou à défaut les prospectus.

Ces ordonnances doivent être tarifées par le pharmacien et porter son cachet.

- Des factures des notes de frais des hôpitaux, cliniques ou auxiliaires médicaux .

كل من يتعمد إعلاما كاذبا يكون عرضة للتتبعات العدلية إضافة إلى فقدانه لحق التمتع بالتعويضات Une fausse déclaration entraînera des poursuites judiciaires et la perte du droit aux prestations.

Signature de l'Adhérent

Le

ASSURANCES SALIM

Immeuble ASSURANCES SALIM lot AFH BCS Centre Urbain Nord - 1003 Turnis Tels. (+216) 71 184 200 Fax: (+216) 71 71 948 457 - (+216) 71 184 284 R.C.: B150861997



نـــا مــيــــــا بنه ممالــيــه (مجموعة بنك الإسكان) سرة تامينات سلم تقسيم الوقالة المقارقة

ر تابينات سيام تقسيم لوغالة العقرية. عمارة تابينات سيام الرخل العماراتي الشطالي 1863 توشن البيانتاء: 1820 توشن البيانتاء: (1197-1478) 1848 (1216) (+216) السيام السجاح ال

1492696

P : 6
P: 5

Prestataire : Adhérent الهنذرط	اعنوان	سم واقب الهنذرط	PARTIE A	ADHERENT N°	رقم العقد	Contractant (e) (Cachet)
Conjoint الزوج			PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT		رقع العقد	
Enfant :		الهنفرط	DHERENT	رط		لهؤسسة الهؤمنة رحتم وإمضاء
: تنديح	اعنوان	ام لا الله الله الله الله الله الله الله		قم الهنفرط	<u>6:</u> 2:	

			1 1				D
Visa 6	Da	I			Dates	Nom et	ARTIE /
Visa et cachet de l'établissement	Date d'entrée	HOSPITALISATION			Signature et Cachet du Praticien	Nom et Prénom du malade :	PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN
eme	_						릚
nt	Date de Sortie	M.F. N°:	1		Nature de l'acte		M.F. N°:
	ortie	Ë		e e	Honoraires Praticien		
	Montan			- <u>j</u> a	Cachet du Pharmacien		
	Montant des frais				Montant de la Facture		

في حالة الجراحة أو العلاج الخاص يجب مد "تأمينات سليم" بواسطة ظرف سرّى بنوع العمل النجز EN CAS DE CHIRURGIE OU DE TRAITEMENTS SPECIAUX, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LA NATURE DE L'ACTE PRATIQUE SOUS PLI CONFIDENTIEL .

SOINS	Dates	
SOINS DENTAIRES	Dents	
M.F. N°:	Nature des soins	
	Coefficient	
	Honoraires	а -

PROTHESE DENTAIRE

	Dates
	Dents
el e	Nature des soins
is a second of the second of t	Coefficient
	Honoraires

PROTHESE

PROTHESE

PROTHESE

(B)

التنتصيص على السن أو الأسنان التي وقع علاجها وكل عمل طبي منجز وذلك طبق الجدول الرسمي العمول به INDIQUER LA DENT TRAITEE, L'INTERVENTION PRATIQUEE SELON

LA NOMENCLATURE EN VIGUEUR.