

الشركة التونسية الأوروبية للتأمين و إعادة التأمين



www.carte.tr				Enfant	t
DE SOINS Employeur:	ADHERENT			ut ut	Visa de l'Adhérent
7 - 6 7	PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT	ADHERENT	Souis Manager	MALADE Conjoint De Linke	
RANCES S.A au capital de 25.000.000 Immeuble CARTE - Lot BC4 - Cel © +216 71 18 40 00 - © +216 71 18 BULLETIN N° CNAM: Adhésion N°: & λ of 345	PARTIE	CK		Adhérent X Nature de la maladie:	Visa de l'Employeur
ASSURANCES ASSURANCES ASSURANCES ASSURANCES ASSURANCES		Nom:	Prénom Adresse Emploi :	Adhe	

N'OUBLIEZ RIEN

10، شار

Vous éliminez toute correspondance inutile. Nos règlements seront alors rapides

Docteur ADEL SOUKNI

CHIRURGIEN DENTISTE

·«0»-

اللكتور عادل السوكني طبيب أسنان

Tunis, le 212/2/2/2010

- Kenzyddie ! 16 18 aus 1

PHARMACHE THERLI صيدينية ال

Dr. Adel Soutiste Chirurgien Dentiste 16. Avtt Bourgulba - 43 Marsa 16. Avtt Bourgulba - 40 16. Avtt Bourgulba - 40 16. Avtt Bourgulba - 40 10. Avtt Bourgulba - 40 17. Avtt Bourgulba - 40 10. Avtt Bourgulba - 40 17. Avtt B

16, Avenue Habib Bourguiba - Appt A3 - 2 eme Etage 2070 La Marsa (au dessus de la BIAT) Tél.: 71 729 700 - Fax: 71 980 800 E-mail: adelsoukni@yahoo.fr

16. شارع الحبيب بورڤيبة - شقة إ3 - الطابق الثاني الهاتف: 980 800 - الفاكس: 179 980 17 البريد الإلكتروني adelsoukni@yahoo.fr (BIAT المرسى (فوق البنك Z070)

HOSPITALISATION ACCOUCHEMENT* -

MANUAL PROPERTY ARMACIE ZWERLINGTON Cachet & Signature Cachet & Signature Tel:71.746.301 *En cas d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau-né Matricule Fiscal du professionnel de santé Code CNAM et MF **PHARMACIE** Code clinique 1/8718/18 Montant Montant 1-10-Date Date

Solute buccal FV 120 ml BENZYDEX 0.15%

वार न

• يجب تحرير هذه المطبوعة بكل دقة وعناية.

• لا يمكن إستعمال هذه البطاقة إلا لمريض واحد.

• كل تدئيس أو تزوير يعرض صاحبه للتتبعات العدئية والعقوبات المنصوص عليها في القائون الجاري به العمل.

	acture détaillée nent Cachet & Signature	S DE SOINS DENTAIRES Code CNAM et MF du professionnel de santé Code CNAM et MF	du professionnel de santé
MALADE	Prière joindre le rapport médical et une facture détaillée Montant Code Etablissement	Cotation Honoraires State of the state of t	Cotation Honoraires du profe
NOM & PRENOM DU MALADE	Date Date Sortie	Date Dents Code Acte Date Dents Code Acte Date Dents Code Acte Date Dents Code Acte	Date Code Acte

adal adal