

NOM & PRENOM DU MALADE

Zairi Sofiane

D. HASSAN
Chirurgien-dentiste

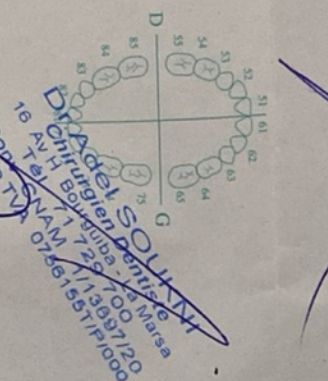
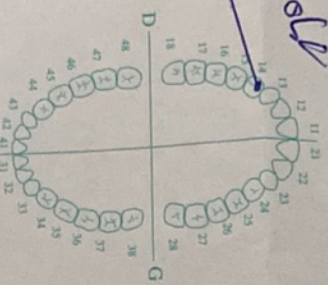
Prérite Joëlle
Boulevard de la République
1082 Tunis, Tunisie
Tél : +216 71 184 000 - Fax : +216 71 184 184
www.cartel.in

Date Entrée : Date Sortie : Montage : Code TVA : Etablissement : Cachet & Signature :

CONSULTATIONS ET ACTES DE SOINS DENTAIRES

Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte effectué

Date	Dents	Code Acte	Cotation	Honoraires	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Signature
24/04/2010	24	030	80	00030	07561551/11000	<i>[Signature]</i>
24/04/2010	24	030	80	00030	07561551/11000	<i>[Signature]</i>
24/04/2010	24	030	80	00030	07561551/11000	<i>[Signature]</i>



PROTHESES DENTAIRES

ACTES PARAMEDICAUX

Date	Dents	Code Acte	Cotation	Honoraires	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature



الشركة التونسية للأوربية للتأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurances Tuniso-Européenne
S.A au capital de 25.000.000 Dinars - R.C : B 18794 1997
Immeuble Carte, lot BC4, Centre Urbain Nord, 1082 Tunis, Tunisie
Tél : +216 71 184 000 - Fax : +216 71 184 184
www.cartel.in

BULLETIN DE SOINS

N° CNAM : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adhésion N° : *e1079458* Employeur : *FIS*

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

ADHERENT

Nom : *ZAIRI*
Prénom : *SOFIANE*
Adresse :
Emploi : *Senior Manager*

MALADE

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Nature de la maladie : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Visa de l'Employeur

Visa de l'Adhérent

N'oubliez rien
Vous éliminez toute correspondance inutile.
Nos règlements seront alors rapides

Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :

APCI	<input type="checkbox"/>
MO	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Suivi de grossesse	<input type="checkbox"/>

Code APCI

Date prévue d'accouchement

NOM & PRENOM DU MALADE

CONSULTA E VISITES

Date	Désignation	Honoraire	Professionnel de santé	Cachet & Signature

16
Conv
Code TVA

Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte effectué

Date	Code Acte	Honoraires	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature
------	-----------	------------	--	--------------------

Joindre obligatoirement les codes des actes et la prescription médicale

[illegible]

• Ce bulletin doit être rempli soigneusement et avec la plus grande précision.

- Ce bulletin 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.

* En cas d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveau-né

[illegible]

Date	Montant	Code CNAM et MF du professionnel de santé	Cachet & Signature
------	---------	--	--------------------

[illegible]

• يجب تحرير هذه المطبوعة بكل دقة ومنايه.

- لا يمكن استعمال هذه البطاقة إلا كإرشاد واحد.