E	H	Date						Date			8	Nov 2	Date 2027		NON	Code	APCI	P
		M	Joindre					Code Acte	Join			3	Désignation		NOM & PRENOM DU MALADE	Code APCI		AR
		Montant	obligatoiremen	BIO				Honoraires	dre obligatoiren	,		de	Honoraires	CONSI	DU MALADE	Dat	No	Soins effectu
Avis important		Code CNAM et MF du professionnel de santé	Joindre obligatoirement les codes des actes et la prescription médicale	BIOLOGIE & RADIOLOGIE			100	du professionnel de soté	Joindre obligatoirement la prescription précisant l'acte e	ACTES MEDICAUX	779522 WAPUUU	V/M42712	du professionnel de santé	CONSULTATIONS ET VISITES	Temm fer	Date prévue d'accouchement	Hospitalisation Suiv	Soins effectués ou Prescrits dans le cadre de :
		Cachet & Signature	on médicale				Res	2 Coviet & Signature	Cel >1.	1000	No.	ST. ST.	Cache & Signature			A.	Suivi de grossesse	

## ACCOUCHEMENT\* - HOSPITALISATION "En cast d'accouchement joindre obligatoirement l'extrait de naissance du nouveaurné Date Montant Code clinique PHARMACIE Code CNAM et MF du professionnel de sante PARMACIE SAMI 22 G. Se CNAM et MF Code Signature REGION SE COMPANIE SE COM

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

يجب تحرير هذه الطبوعة بكل دقة وعناية.
 لا يبكن استعمال هذه البطاقة إلا لمريض واحد.

Docteur Slim Kallala

الحكيم سليم فلالة

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

**Ophtalmologiste** 

Maladie et chirurgie des yeux

L'un /

الجوّال 649 649 (00 216) 54 649 الهاتف 199 (00 216) 17 749 809 الهاتف kallalaslim@dr.com

5 نهج الناصر بي المرسى

## Arrêtée la présente ordonnance à la somme de : SIM Dinary 524 millimes 306945 Code pot N° CNAM: N° CNAM 1/9731/31 Code TVA: 928492P/D/C/000 Tél:70727260 / Fax:70727261 Malade Res. Diar Soukra Ain Zaghouan, 2045 Housing Maha FEARMACE PHYSIOL 10 CC B/15 / GTTE Articles N°Ordon. Res. Diar source Maha Bousnina Tell: 70 72: 260 - 70 727 267 OR. Prix Unit Total 3.282 500 5.524



## الشركة التونسية الأوروبية للتأمين و إعادة التأمين Compagnie d'Assurances et de Réassurances Tuniso-Européenne

## **BULLETIN DE SOINS**

N° CNAM:
Adhésion N°: e1079458 Employeur: FIS
PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT
ADHERENT
Nom: ZATRI
Prénom: SOFIANE
Adresse:  Emploi: Senier Nanages
MALADE
Adhérent Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
Visa de l'Employeur  Visa de l'Adhérent
2
N'OUBLIEZ RIEN  Vous éliminez toute correspondance inutile.  Nos règlements seront alors rapides