



الشركة التونسية الأوروبية 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
Tel : +216 71 184 000 - Fax : +216 71 184 184

Bulletin de soins

Partie à remplir par l'Adhérent

Adhésion N° E1079458

Employeur : FIS

Adhérent : Nom : ZAIRI

Prénoms : SOFIANE

Adresse :

Emploi : Senior Manager

Qui est malade : l'Adhérent -- Le Conjoint -- l'Enfant

Nature de la maladie :

Visa de l'Employeur,

Visa de l'Adhérent,

[Signature]

Le Parent

N'oubliez rien

Vous éliminez toute correspondance inutile.

Nos règlements seront alors rapides

Docteur **SOUSSI** Hassen
Médecine Générale

Cité Nozhet Soltane N°20
Avenue El Montazeh Borj Cedria
portable : 98 23 04 65

كيم حسان السويسي

طب عام

حي نزهة سلطان عدد 20
شارع المنتزه برج السدرية
الجوال : 98 23 04 65

Code CNAM : 12525/12

le : 10/03/24

D' Faire Nastapho

planer Monocapno

R. SOUSSI HASEN
Médecine Générale
Tél: 98 230 465

Dr Mohamed CHEIKH
Radiologue
75, Av. Salimbo Hammam-III
Tél.: 71 290 111-71 211 783 Fax: 71 437 760

Relevé d'honoraires. — Le relevé d'honoraires doit être accompagné de toutes pièces médicales (ordonnances, notes de laboratoires d'analyses, etc.) et, en cas d'hospitalisation, d'une facture détaillée de l'établissement médical.

NATURE DE LA MALADIE.

obligatoire. Le règlement ne peut être effectué si la nature de la maladie ou lésion n'est pas indiquée. C'est à l'adhérent lui-même d'indiquer la nature de la maladie et non au médecin celui-ci étant lié par le secret professionnel (ce secret fait partie des obligations de l'assureur). Toute fois si l'assuré estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentiel-le, il peut adresser le présent bulletin de soins sous pli cacheté au médecin contrôleur de la C.A.R.T.E.

DECLARATION. — Sous peine de déchéance, l'assuré doit transmettre à l'assureur, et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la constatation de la maladie, toutes les pièces justificatives des frais engagés.

NOM et PRÉNOM du Malade :

Zairi Natasha

C. A. R. T. E.
.....
DECOMPTE DEPRESTATIONS

Contractant :
Police N°
Adhérent N°
Adhérent :
Prestataire
DATE :

Consultation.....
Visite.....
Pharmacie.....
AM et PC.....
Analyse.....
Maternité.....
Soins dentaire.....
Clinique -- Hopital.....
Chirurgie.....
Radio + Tt SPx.....
Orthopédie.....
Optique.....

NET A PAYER

OBSERVATIONS

Date	Désignation C — VPC ou K nomenclature	Montant des honoraires perçus	Nom et cachet du Médecin attestant le paiement des actes médicaux	EXECUTION DES ORDONNANCES	
				Cachet et Visa du Pharmacien ou du laboratoire	Montant de la facture
M/8/24	E feku		DR. SOULEYMANNE M.F.	M F	
03 MARS 2021	S20	270,00	M.F.: 3111457XIA RADIOLIS FAC. 71 ACT REP		
			M.F.		
			M.F.		
			M.F.		
			M.F.		