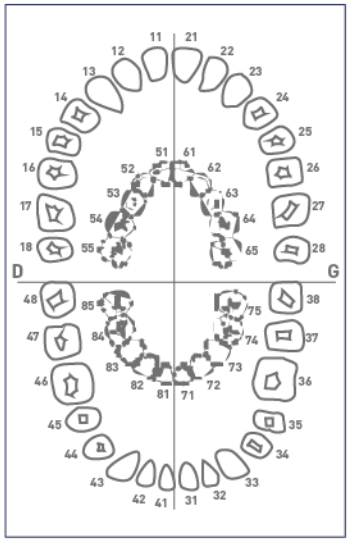
خـــــاص بطبيب الأسنان
A remplir par le dentiste



SOINS — طاقم الأسنان

التاريخ Date	الأسنان Dents	الضارب Coefficient	المعرف الجبائي M.Fiscal	مبلغ الأتعاب Honoraires

Nature des soins prodigués

.....
.....
.....
.....
.....

Montant total des honoraires

.....

Cachet et signature du praticien

Tunis le, ...

الرجاء التنصيص على الأسنان التي وقع علاجها و على تعريف العلاج طبقا للجدول الرسمي

Prière d'indiquer la dent soignée à l'aide de la nomenclature officielle

PROTHESES — طاقم الأسنان

التاريخ Date	الأسنان Dents	الضارب Coefficient	المعرف الجبائي M.Fiscal	مبلغ الأتعاب Honoraires

LLOYD ASSURANCES
Av . Tahar Haddad - 1053 - Les Berges du Lac -Tunis
Tél : 71 962 777 - Fax : 71 962 440
E-mail : contact@lloyd.com.tn

اللـــــويد للتـــــأمين
شارع الطاهر الحداد – 1053 – ضفاف البحيرة–تونس
الهاتف : 71 962 777 – الفاكس : 71 962 440
البريد الالكتروني : contact@lloyd.com.tn

BULLETIN DE SOINS N° ..... بطـاقة عـلاج عدد

Partie à remplir par l'adhérent — يعمر هذا الجزء من طرف المنخرط

Contrat n°: ..... : رقم العقد **Adhésion n°:** ..... : إنخراط رقم

Nom et prénom de l'Adhérent : ..... : إسم المنخرط و لقبه
Adresse : ..... : العنوان
Emploi : ..... : الوظيفة
Le bénéficiaire : : المنتفع

المنخرط Adhérent ☐ — الزوج Conjoint ☐ — الابناء Enfants ☐ — الوالدين Parents ☐

أصرح أنه وقع إعلامي بأن كل إرشادات خاطئة تهدف إلى تضليل اللويد للتأمين تؤدي حتما إلى الحرمان من التعويض.

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire LLOYD ASSURANCES en erreur entraine la privation du droit à toutes prestations.

ختم وتوقيع المؤجر
Signature et cachet l'employeur

توقيع المنخرط
Signature de l'adhérent

يجب على المنخرط موافاة اللويد للتأمين بجميع الوثائق المتعلقة بالمصاريف المدفوعة في غضون **ثلاثين يوما** من الخضوع للعلاج.

L'assuré doit transmettre à LLOYD ASSURANCES au plus tard dans les 30 jours qui suivent le traitement toutes pièces justificatives des frais engagés.

يجب التنصيص على كل الإرشادات الطبية الخاصة بالعمليات الجراحية و الأمراض المزمنة والتي تتطلب علاجا طويل المدى في رسالة سرية يقع إلحاقها بهذه البطاقة.

Les renseignements médicaux concernant la chirurgie, les maladies chroniques ou à traitement prolongé doivent être mentionnés dans une lettre confidentielle jointe au présent bulletin

يجب مصاحبة هذه البطاقة بجميع الوثائق الطبية (الوصفات، الإرشادات الطبيّة المتعلقة بالتحاليل و التصوير بالأشعة) وبقائمة المصاريف في حالة الإقامة بالمستشفى أو المصحة.

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

Code Imp : 0006

خـــــاص بمسدي الخدمات الصحية
A remplir par les professionnels de la santé

Nom et prénom du malade .....اسم المريض ولقبه

Nature de la maladie ..... طبيعة المرض

CONSULTATIONS ET VISITES				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

ACTES MEDICAUX				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

ACTES PARAMEDICAUX				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

BIOLOGIE				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

LLOYD ASSURANCES اللويد للتأمين

ACCOUCHEMENT				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

في حالة الولادة يتعين ارفاق مضمون ولادة المولود الجديد

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

HOSPITALISATION				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

PHARMACIE				
Date	Désignation	Honoraires	Matricule Fiscal	Cachet et signature

COLLER LES VIGNETTES ICI