

IMPORTANT

Le présent document doit être impérativement complété par le praticien et / ou l'hôpital et adressé à TALA ASSURANCES pour toute demande de remboursement

BULLETIN DE SOINS

Souscripteur	Assuré / Adhérent(e)
Nom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Qui est malade blessé : l'assuré - le conjoint - l'enfant - l'ascendant(*) Nom et prénom (s)

(*) Biffer les mentions inutiles

Nom et prénom (s) du malade :

S'agit-il d'un accident ? oui non si oui, date de survenance :

Partie à remplir par le médecin

A - ACTES MEDICAUX

B – EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Nature de l'acte	Cachet et visa du praticien	Montant des honoraires payés	Montant de la facture	Cachet et visa du pharmacien ou du laboratoire / opticien
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C – HOSPITALISATION

Date	Nom et adresse de l'établissement	Date d'entrée	Date de sortie	Montant des frais	Cachet et visa de l'établissement
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Remarques importantes

- 1/ Faire remplir par le praticien la partie qui lui est réservée
- 2/ Faire porter par le praticien le coefficient des actes pratiqués
- 3/ Joindre les pièces justificatives : notes et honoraires, bulletins d'analyse etc....

Fait à Le / / 20.....

Signature de l'assuré,

FICHE DENTAIRE À REMPLIR PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE TRAITANT

CONFIDENTIEL

Nom et prénom de l'assuré :

Nom et prénom du patient :

Age :

Adresse :

NATURE DE LA PRESTATION :

PROTHESE

SOINS

HAUT - FIXE - PARTIELLE - COMPLETE

BAS - FIXE - PARTIELLE - COMPLETE

COCHER LES DENTS A COURONNER

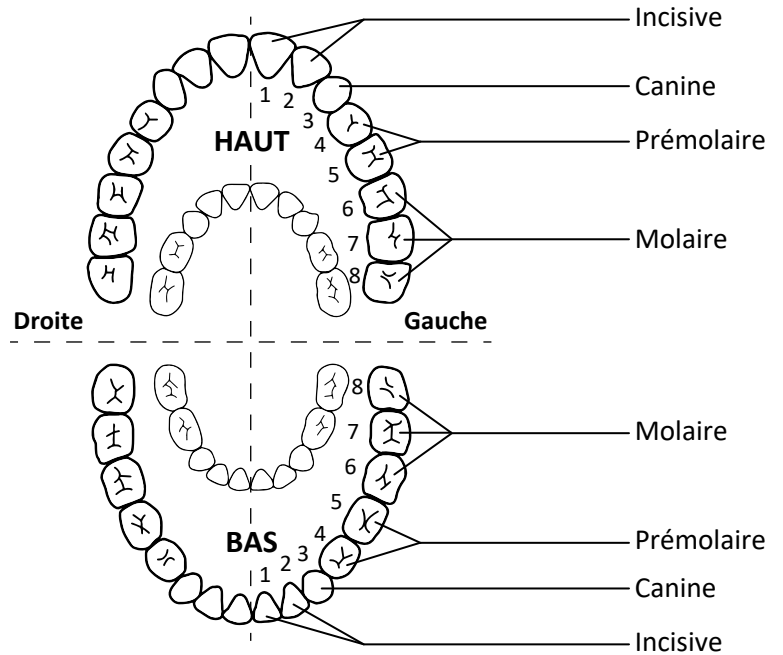
SIGNALER LES DENTS A TRAITER

HAUT

{ PROTHESE
SOINS

BAS

{ PROTHESE
SOINS



MONTANT DES HONORAIRES

En chiffres :

En lettres :

Fait Le

Signature de l'assuré

Signature et Cachet du praticien