

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 (E)
Nom / Raison Sociale:..... Adresse :	Nom et Prénom : Patient! : <input type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant Nom et Prénom : Date de naissance :/...../.....

1) Cocher la case correspondante

A - ACTES MÉDICAUX (À renseigner par le Praticien)

Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et visa
.....
.....
.....
.....

B - EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À renseigner par le Pharmacien, le Laboratoire, l'Opticien, le Centre d'imagerie)

Date	Nature de la prestation	Montant	Cachet et visa
.....
.....
.....
.....
.....

C - HOSPITALISATION

Date	Nom et adresse de l'établissement	Date d'admission	Date de sortie	Montant	Cachet et visa
.....
.....
.....
.....

D - DENTAIRE (À renseigner par le Chirurgien-Dentiste)²

Date	Nature de l'acte	Montant	Cachet et visa
.....
.....
.....
.....

2) Veuillez compléter la « FICHE DENTAIRE » au verso

FICHE DENTAIRE

À renseigner impérativement par le Chirurgien-Dentiste

NATURE DE LA PRÉSTATION :

Cocher la case correspondante :

SOINS

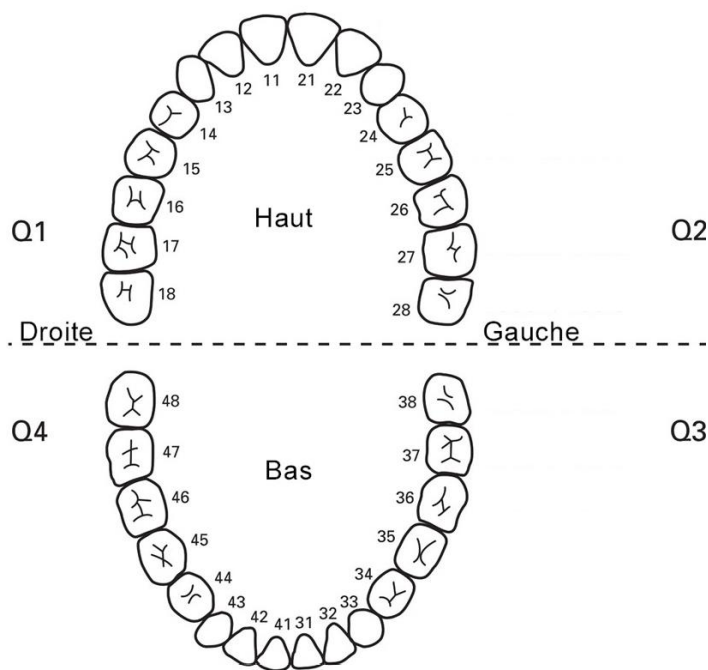
PROTHÈSE

CHIRURGIE

Entourer la(es) dent(s) traitée(s) :

Dent(s) numéro :

.....



RÉSUMÉ DE L'ACTE :

.....

.....

CLAUDE DE CONSENTEMENT :

J'autorise le médecin-conseil de TAAMINE LIFE ALGÉRIE « TALA » à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat. Je suis informé des sanctions prévues par les articles 21, 72, 73 et 84 de l'Ordonnance 95-07 (du 25/01/1995), modifiée et complétée par la Loi 06-04 du 20/02/2006 (nullité de l'Assurance ; déchéance ; réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées dans les cas stipulés par la réglementation en vigueur. Conformément aux dispositions de la Loi n°18-07, du 10/06/2018, relative à la de protection des personnes physiques dans le traitement des données à caractère personnel, je soussigné donne son consentement à TAAMINE LIFE ALGERIE « TALA », en sa qualité de responsable du traitement, à l'effet d'opérer les traitements de recueil, de conservation et d'utilisation des données à caractère personnel, dont la finalité est l'exécution des dispositions contractuelles portées par les conditions générales et particulières. Aussi, je donne mon consentement au responsable du traitement de procéder, dans le cadre de l'exécution du présent contrat et de ses avenants, à transmettre ses données personnelles aux auxiliaires, tels que les médecins indépendants et les prestataires de service, pour la prise en charge des sinistres, ainsi que les réassureurs ou co-assureurs en cas de partage de risque. J'atteste prendre connaissance de mes droits en matière d'information, d'accès, de rectification et d'opposition, dans le traitement de mes données et je peux les exercer en formulant une demande aux points de contact, soit de l'autorité administrative indépendante instituée à cet effet, ou bien du responsable du traitement comme indiqué au tableau suivant :

Moyen d'envoi	Auprès du responsable du traitement :
Par courriel/site web	dpo@tala.dz
Par voie postale	123, Route de Meftah, Beaulieu, Oued Smar - Alger
Par téléphone	(+213) 023 92 69 71

Fait à le 20.....

Signature de l'Assuré
Précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ »