



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي -
لجنة الخدمات الإجتماعية

استمارة
رقم: 08

طلب الاستفادة من
التعويض الصحي

ملف رقم: 20 . . / . . . / . . . تاريخ إيداع الملف: 20 . . / . . . / . . .

اسم المستخدم(ة): لقب المستخدم(ة):

رقم الهاتف: 0 . . . / . . / . . / . . .

الوظيفة: أستاذ(ة) موظف(ة) الكلية / المصلحة:

التكلفة الإجمالية: دج	دج		مجموع تكلفة العمليات الجراحية:
	دج		تكلفة فحوصات الأشعة والتحاليل:
	دج		تكلفة تركيب و تقويم الاسنان:
	دج		تكلفة النظارات الطبية:
	دج		تكلفة اعادة التأهيل الحركي:
	دج		تكلفة جلسات العلاج المخصصة : (مرض التوحد، التأخر في النطق)

قيمة التعويض = % من التكلفة الإجمالية = دج

الأرامل	الأبناء	الزوج(ة) الغير عامل(ة)	المستخدم(ة)	الوثائق المطلوبة :
X	X	X	X	نسخة من التقرير الطبي
X	X	X	X	الفاشورة
X	X	X		البطاقة العائلية للحالة المدنية
X	21 +	X		شهادة عدم الانتساب CNAS
X	21 +	X		شهادة عدم الانتساب CASNOS

إمضاء المستخدم(ة)