



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي -

لجنة الخدمات الإجتماعية

استمارة
رقم: 10

طلب الاستفادة من تعويض نسبي
عملية جراحية ☐ فحوصات الأشعة والتحاليل ☐

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

حدد المريض: ☐ المستخدم(ة) ☐ الزوج(ة) الغير عامل(ة) ☐ أحد الأبناء تاريخ الميلاد: / . . / . .

اسم المستخدم(ة): لقب المستخدم(ة): رقم الهاتف: 0 . . . / . . / . . / . . البريد الإلكتروني: @

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

معلومات خاصة بالمريض إذا كان غير الموظف(ة): ☐ الزوج(ة) الغير عامل(ة) ☐ أحد الأبناء تاريخ الميلاد: / . . / . .

اسم المريض: لقب المريض: تاريخ الميلاد: / . . / . .

مجموع تكلفة العمليات الجراحية: دج
تكلفة فحوصات الأشعة والتحاليل: دج
التكلفة الإجمالية: دج

قيمة التعويض = % من التكلفة الإجمالية = دج

الوثائق المطلوبة :	الموظف(ة)	الزوج(ة) الغير عامل(ة)	الأبناء	الأرامل
شهادة عمل أو تقاعد المستخدم	X	X	X	X
نسخة من التقرير الطبي	X	X	X	X
وصل الدفع أو الفاتورة	X	X	X	X
البطاقة العائلية للحالة المدنية		X	X	X
شهادة عدم الانتساب للصندوق الوطني للأجراء CNAS		X	أكبر من 21 سنة	X
شهادة عدم الانتساب للصندوق الوطني لغير الأجراء CASNOS		X	21 +	X
شهادة عدم الزواج			21 +	X

إمضاء المستخدم(ة)