

ملف رقم: ...../ل خ /م ج م/2023 لجنة الخدمات الاجتماعية

تاريخ استلام الملف: ...../...../.....

## طلب تعويض طقم الأسنان والجهاز السمي



اللقب: ..... الاسم: .....

تاريخ ومكان الميلاد: .....

الوظيفة: ..... مكان العمل: .....

رقم الهاتف: .....

رقم الحساب الجاري: ..... المفتاح: .....

معلومات خاصة بالمستفيد اذا كان غير العامل: الزوج(ة):  الابن(ة):

الاسم واللقب: ..... تاريخ ومكان الازدياد: .....

اسم طبيب الاسنان او الطبيب المختص او العيادة

العنوان: .....

الهاتف: .....

حرر ب: ..... في: ...../...../.....

إمضاء المعني:

| الوثائق المطلوبة:  | الوثائق المستلمة (نعم / لا) | ملاحظات | تأشيرة الطبيب(ة) المختص (موافق/ غير موافق) |
|--|-----------------------------|---------|--|
| 1-الاستمارة  |                             |         |  |
| 2-شهادة طبية أصلية تثبت استعمال طقم الأسنان او الجهاز السمي مؤشرة من طرف طبيب أخصائي |                             |         |  |
| 3-فاتورة أصلية   |                             |         |  |
| 4-شهادة عائلية اذا كان المستفيد ليس الموظف   |                             |         |  |
| 5-شهادة عدم الانتساب للمريض غير الموظف(ة) CNAS CASNOS                                |                             |         |  |

إطار خاص باللجنة:

| تاريخ المعالجة (المداولة) | قرار اللجنة (المداولة) | مبلغ التعويض (دج) | تأشيرة اللجنة |
|---------------------------|------------------------|-------------------|---------------|
| ...../...../.....         | .....                  | .....             |               |

ملاحظة: قيمة التعويض تقدر ب 50% من مبلغ الفاتورة التي لا تتعدى مبلغ 30.000,00 دج كحد أقصى