

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

تاريخ استلام الملف:/...../.....



طلب تعويض فحوصات الأشعة

الاسم: اللقب:
تاريخ ومكان الميلاد:
الوظيفة: مكان العمل:
رقم الهاتف:
رقم الحساب الجاري: المفتاح:
معلومات خاصة بالمريض اذا كان غير العامل: الزوج (ة): الابن (ة):
الاسم واللقب: تاريخ ومكان الازدیاد:
اسم العيادة: عنوان العيادة:
حرر ب: في:/...../.....

إمضاء المعني:

الوثائق المطلوبة:	الوثائق المستلمة (نعم / لا)	ملاحظات	تأشيرة طبيب(ة) العيادة (موافق / غير موافق)
1-الاستمارة			
2-تقرير طبي يشخص ضرورة القيام بالأشعة.			
3-نسخة من نتائج الأشعة.			
4-فاتورة طبية أصلية بالمواصفات القانونية.			
5-شهادة عدم الانتساب للمريض غير الموظف(ة) CASNOS			
6-شهادة عدم الانتساب للمريض غير الموظف(ة) CNAS			
7-شهادة عائلية في حالة ان المستفيد ليس هو الموظف			

إطار خاص باللجنة:

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

ملاحظة: نسبة التعويض 50 %.