

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

تاريخ استلام الملف:/...../.....

طلب تعويض فحوصات التحاليل



الاسم: اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

الوظيفة: مكان العمل:

رقم الهاتف:

رقم الحساب الجاري: المفتاح:

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

الاسم واللقب: تاريخ ومكان الازدياد:

اسم مركز التحاليل: عنوان مركز التحاليل:

حرر ب: في:/...../.....

إمضاء المعني:

الوثائق المطلوبة:	الوثائق المستلمة (نعم / لا)	ملاحظات	تأشير طيبب(ة) مركز التحاليل (موافق / غير موافق)
1-الاستمارة			
2-فحص طبي يبين الحاجة لإجراء التحاليل			
3-نتائج التحاليل ممضية من قبل المخبر.			
4-فاتورة أصلية بالمواصفات القانونية تبين قيمة التحاليل			
5-شهادة عدم الانتساب للمريض غير الموظف(ة) CNAS.CASNOS			
6-شهادة عائلية في حالة ان كان المستفيد ليس هو الموظف			
7- la souche في حالة تعدت الفاتورة 25.000.00 دج.			

إطار خاص باللجنة:

تاريخ المعالجة(المدولة)	قرار اللجنة(المدولة)	مبلغ التعويض(دج)	تأشير اللجنة
...../...../.....