

Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement des soins dentaires

Je soussigné(e) :	Émargement
Fonction :	Grade :
Faculté /Rectorat :	
Tél :	

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :
	<input type="checkbox"/> **Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Des soins dentaires

Extraction Implants dentaire Prothèses dentaires Orthopédie dento-faciale

Traitement de caries dentaires et plombages Autres (préciser ci-dessous)

.....

Soins effectuée par :
------------------------------	-------

Spécialiste en :
-------------------------	-------

Griffe obligatoire du thérapeute :	
---	--

D'une valeur totale globale de :DA
---	---------

Fait à le

Le thérapeute

Partie réservée à la commission

N°	Pièces demandées	Obs
01	Formulaire de remboursement des soins dentaires	
02	Attestation récente de travail	
03	*Fiche familiale	
04	** Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice pour les enfants à charge + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS (pour les enfants de plus 18 ans)	
05	Copie de l'ordonnance et/ou rapport médical	

Date du traitement du dossier	Décision de la commission	Montant de l'opération	Montant remboursé	Avis du Président