

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

Formulaire de remboursement des soins ophtalmologiques, lunetterie et consultations

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 :

Laser Angiographie Verres optiques + Monture

Autres soins ophtalmologiques (préciser ci-dessous)

.....

Prescription et soins effectués 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	<i>Formulaire de remboursement des soins ophtalmologiques, lunetterie et consultations</i>	
02	<i>Attestation récente de travail</i>	
03	<i>*Fiche familiale</i>	
04	<i>** 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)</i>	
05	<i>Copie de l'ordonnance et/ou facture en bonne et due forme</i>	

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