

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de l'Enseignement supérieur et de la**  
**recherche Scientifique**

**Université DjillaliLiabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément en date du 15/06/2022)**



**Année 2023**



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

<b>Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales</b>	
<b>Je soussigné(e) :</b>	<b>Émargement</b>
<b>Fonction :</b>	<b>Grade :</b>
<b>Faculté /Rectorat :</b>	<b>Tél :</b>
<b>Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :</b>	
<b>Moi-même</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom : .....
	<input type="checkbox"/> ** Mon fils (ma fille), nom et prénom : .....
<b>Intervention effectuée par :</b>	

<b>Pièces demandées</b>		<i>Obs</i>
<i>Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales</i>		
<i>Attestation récente de travail</i>		
<i>*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ;</i>		
<i>** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.</i>		
<i>Copie de l'ordonnance + Facture en bonne et due forme.</i>		
<b>Montant de l'opération</b>	<b>Montant remboursé</b>	



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

<b>Formulaire de remboursement des analyses médicales</b>	
<b>Je soussigné(e) :</b>	<b>Émargement</b>
Fonction :	Grade :
Faculté/Rectorat :	Tél :
<b>Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :</b>	
Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom : .....  <input type="checkbox"/> **Mon fils (ma fille), nom et prénom : .....
<b>Des analyses médicales :</b>	

<b>Pièces demandées</b>		<i>Obs</i>
<i>Formulaire de remboursement des analyses médicales</i>		
<i>Attestation récente de travail</i>		
<i>*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS  <u>ou</u> une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ;            ** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.</i>		
<i>Facture en bonne et due forme.</i>		
<i>Montant de l'opération</i>	<i>Montant remboursé</i>	



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

<b>Formulaire de remboursement des soins dentaires</b>		
<b>Je soussigné(e) :</b>	<b>Émargement</b>	
Fonction :                      Grade :		
Faculté /Rectorat :	Tél :	
<b>Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :</b>		
Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :.....	
	<input type="checkbox"/> **Mon fils (ma fille), nom et prénom : .....	
<b>Des soins dentaires</b>		
Extraction <input type="checkbox"/>	Implants dentaire <input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires <input type="checkbox"/>
		Orthopédie dento-faciale <input type="checkbox"/>
Traitement de caries dentaires et plombages <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> autres (préciser ci-dessous)
.....		
<b>Soins effectuée par :</b>	<b>Spécialiste en :</b>	<b>Griffe</b>
<b>Frais de soins dentaires</b>		
		.....DA
Fait à ..... le .....		

<b>Pièces demandées</b>		<b>Obs</b>
<i>Formulaire de remboursement des soins dentaires</i>		
<i>Attestation récente de travail</i>		
<i>*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS, ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ;</i>		
<i>** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.</i>		
<b>Montant de l'opération</b>		<b>Montant remboursé</b>



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations		
Je soussigné(e) :	Émargement	
Fonction :	Grade :	
Faculté/ Rectorat :	Tél :	
Certifié 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 : .....	
Consultation <input type="checkbox"/>	Verres optiques + Monture <input type="checkbox"/>	Lentilles de contact <input type="checkbox"/>
Ophtalmologue	Griffe	Frais d'ophtalmologie
		..... DA
Opticien	Griffe	Frais d'optique
		.....DA
Fait à ..... le .....		

Pièces demandées		Obs
<i>Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations</i>		
<i>Attestation récente de travail</i>		
*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS, <u>ou</u> une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ;		
** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.		
<b>Montant de l'opération</b>		<b>Montant remboursé</b>



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations		
<b>Je soussigné(e) :</b>	<b>Émargement</b>	
<b>Fonction :</b>	<b>Grade :</b>	
<b>Faculté /Rectorat :</b>	<b>Tél :</b>	
<b>Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :</b>		
Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom : .....	
	<input type="checkbox"/> ** Mon fils (ma fille), nom et prénom : .....	
IRM <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Endoscopie <input type="checkbox"/> Scintigraphie <input type="checkbox"/> Autres (préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/>		
.....		
<b>Prescription effectuée par :</b>	<b>Spécialiste en :</b>	<b>Frais de consultation</b>
		..... DA
<b>Radiologue</b>	<b>Griffe</b>	<b>Frais de radiologie</b>
		.....DA
Fait à ..... le .....		

<i>Pièces demandées</i>		<i>Obs</i>
Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations		
Attestation récente de travail		
*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS, <u>ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ;</u> ** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.		
Facture en bonne et due forme, cas : scanner et/ou IRM.		
<b>Montant de l'opération</b>	<b>Montant remboursé</b>	



**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

**Formulaire de remboursement de Rééducations (kiné, orthophonie,...) et cures thermales**

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

**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 : .....

Cures Thermales  Rééducations  Kiné  Orthophonie  Autres (préciser ci-dessous)

.....

Prescription et soins effectués par :	Spécialiste en :	Frais de consultation
		..... DA
Thérapeute :	Griffe :	Frais
		..... DA

Fait à ..... le .....

<i>Pièces demandées</i>		<i>Obs</i>
Formulaire de remboursement de Rééducations (kiné, orthophonie,...) et cures thermales		
Attestation récente de travail		
*Pour le conjoint : Fiche familiale + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS, <u>ou</u> une déclaration sur l'honneur légalisée (voir modèle dans le site) ; ** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans) : Fiche de paie, fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.		
<b>Montant de l'opération</b>		<b>Montant remboursé</b>



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès  
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)  
(Agrément du 15 /06/2022)

**Formulaire de demande\* de prêt social**  
(Durée de remboursement : 12 mois)

Je soussigné(e) :

Fonction :

Grade :

Faculté /Rectorat :

Carte nationale d'identité N° :

Délivré le : .....A ..... Tél :

Types de prêts

Achat logement  Location de logement  Achat d'un lot de terrain  Construction

Rénovation  Achat véhicule  Contentieux  Santé

Fait le : ...../..... /2023

L'Intéressé(e)

<i>Pièces demandées</i>		<i>Obs</i>
<i>Formulaire de demande de prêt social</i>		
<i>Dernière fiche de paie</i>		
<i>Attestation de travail récente</i>		
<i>* joindre les justificatifs</i>		
<i>Montant du Prêt octroyé</i>	<i>Montant de l'opposition mensuel</i>	