



ملف رقم:

تاريخ استلام الملف:/...../.....

طلب تعويض عملية جراحية

اللقب (العامل (ة): اللقب الأصلي للزوجة: الاسم:

تاريخ و مكان الازدياد:/...../..... ب العنوان الشخصي:

الوظيفة: مكان العمل:

رقم الهاتف: رقم الحساب البريدي الجاري : المفتاح

معلومات خاصة بالمريض إذا كان غير العامل(ة) : الزوج(ة) الابن(ة) كفيل(ة)

الاسم و اللقب: تاريخ الازدياد:

العيادة المتعاقدة المختارة :

حرب في :/...../.....

إمضاء المعني (ة)

الوثائق المطلوبة :

الرقم	الوثائق المطلوبة	الوثائق المستلمة	المراقبة الأولى	المراقبة الثانية	ملاحظات
01	الاستمارة				
02	شهادة عمل أو نسخة من قرار التقاعد أو قرار فسخ العقد .				
03	تقرير طبي.				
04	فاتورة بالمواصفات القانونية.				
05	شهادة عائلية أو شهادة اكتساب الحقوق مستخرجة من الضمان الاجتماعي للمكفولين				
06	شهادة عدم الانتساب إلى CNAS للزوجة الغير عاملة و البنت +21 سنة والغير متزوجة.				
07	شهادة عدم الانتساب إلى CASNOS للزوجة الغير عاملة و البنت +21 سنة والغير متزوجة				
08	شهادة عدم الزواج للبنت +21 سنة				
09	صك بريدي مشطوب للمستفيد(ة).				

إطار خاص باللجنة:

تأشيرة مسؤول القسم	مبلغ تكلفة العملية	قرار اللجنة (المداولت)	تاريخ المعالجة (المداولت)
www.cnostedz@gmail.com			