

ملف رقم:
تاريخ الايداع:

طلب تعويض زجاج النظارات الطبية

لقب الموظف (ة): الاسم:
اللقب الاصلي للمتزوجة:
تاريخ ومكان الازدياد:/...../..... ب: العنوان الشخصي:
الوظيفة:
رقم الهاتف: رقم الحساب البريدي الجاري: مفتاح:
من هو المريض الذي أجرى العملية ؟ ☐ المستخدم (ة) ☐ الزوج (ة) ☐ الابن (ة) ☐ الكفيل (ة) ☐
الاسم و اللقب:
العيادة المختارة:
حرر بـ: يوم:/...../.....

امضاء المعني (ة)

الوثائق المطلوبة:

الرقم	الوثائق المطلوبة	الوثائق المسلمة	المراقبة الأولى	المراقبة الثانية	ملاحظات
01	الاستمارة متوفرة عند مصالح اللجنة أو تسحب من صفحتها				
02	شهادة عمل أو قرار الإحالة على التقاعد				
03	تقرير طبي يشخص امراض الذي يستدعي نظارات طبية				
04	فاتورة شكلية للنظارات طبية				
05	شهادة عائلية أو شهادة اكتساب الحقوق مستخرجة من الضمان الاجتماعي للمكفولين.				
06	شهادة عدم الانتساب إلى CNAS / CASNOS للزوجة الغير عاملة والبنات +21 سنة والغير متزوجة.				
07	شهادة عدم الزواج للبنات +21 سنة				
08	صك مشطوب بالنسبة للمتقاعد (نسخة).				

اطار خاص باللجنة:

تاريخ المعالجة (المداولة)	قرار اللجنة (المداولة)	مبلغ الاستفادة (المداولة)	تأشيرة اللجنة (المداولة)

P-12

وصل استلام ملف تعويض زجاج النظارات الطبية

ملف رقم: تاريخ الايداع:
لقب الموظف (ة): الاسم:
اللقب الاصلي للمتزوجة:

ختم اللجنة