

استمارة تعويض النظارات الطبية

- اسم ولقب المستخدم:
- تاريخ ومكان الميلاد:
- العنوان الشخصي:
- الوظيفة: مكان العمل:
- رقم الهاتف:
- رقم الحساب البريدي او البنكي:
- معلومات خاصة بالمريض إذا كان غير المستخدم: الزوج(ة): الأولاد: المتكفل بهم: مفتاح:

الوثائق المطلوبة في الملف: لا يقبل أي ملف ناقص

الرقم	الوثائق المطلوبة	الوثائق المسلمة تؤشر عليها بعلامة (x)	ملاحظات
01	• الاستمارة الخاصة بهذا التعويض.		
02	• فاتورة أصلية بالمواصفات القانونية (لا تأخذ بعين الاعتبار الوصولات).		
03	• تقرير الطبيب يقر بتركيب نظارات طبية.		
04	• شهادة عمل او صورة طبق الأصل للبطاقة المهنية		
05	• شهادة عائلية أصلية في حالة شراء او تركيب نظارات طبية للأبناء او الزوج(ة) او شهادة كفالة للمكفول بهم.		
07	• شهادة عدم الانتساب في CNAS و CASNOS في حالة تركيب او شراء النظارات للزوج(ة) او الأبناء او المتكفل بهم فوق سن 21 سنة (يقبل الانتساب الناتج عن الاعاقة فقط).		
08	• صك بريدي او بنكي مشطوب للمستخدم		

رقم الملف: تاريخ استلام الملف:
امضاء المعني

إطار خاص بلجنة الخدمات الاجتماعية

تاريخ معالجة الملف	قرار لجنة الخدمات الاجتماعية	مبلغ التعويض (50%)
	

وصل استلام طلب تعويض النظارات الطبية

رقم الملف: تاريخ إيداع الملف:
اسم ولقب المستخدم:
ختم اللجنة