



## استمارة تعويض الأشعة الطبية

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

### الوثائق المطلوبة في الملف: لا يقبل أي ملف ناقص

الرقم	الوثائق المطلوبة	الوثائق المسلمة تؤشر عليها بعلامة (x)	ملاحظات
<b>01</b>	• الاستمارة الخاصة بهذا التعويض.		
<b>02</b>	• فاتورة أصلية بالموصفات القانونية (لا تؤخذ بعين الاعتبار الوصولات).		
<b>03</b>	• شهادة عمل او صورة طبق الأصل للبطاقة المهنية		
<b>04</b>	• شهادة عائلية أصلية في حالة اجراء الاشعة للأبناء او الزوج(ة) • او شهادة كفالة للمكفول بهم.		
<b>05</b>	• شهادة عدم الانتساب في CNAS و CASNOS في حالة اجراء الاشعة للزوج(ة) او الأبناء فوق سن 21 سنة او المتكفل بهم . (يقبل الانتساب الناتج عن الاعاقة فقط).		
<b>06</b>	• 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 الأشعة الطبية

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