



استمارة تعويض التأهيل الطبي و/أو الأرطوفوني

- 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
01	الاستمارة الخاصة بهذا التعويض.		
02	فاتورة أصلية بالمواصفات القانونية (لا تأخذ بعين الاعتبار الوصولات).		
03	تقرير الطبيب يوضح سير إعادة التأهيل الحركي و/أو الارطوفوني وعدد الحصص المقررة.		
04	شهادة عمل او صورة طبق الأصل للبطاقة المهنية		
05	شهادة عائلية اصلية في حالة اجراء التأهيل الحركي و/أو الارطوفوني للأبناء أو الزوج(ة) او شهادة كفالة للمكفول بهم		
06	شهادة عدم الانتساب في CNAS و CASNOS في حالة إعادة التأهيل الحركي و/أو الارطوفوني للزوج(ة) او الأبناء او المتكفل بهم فوق سن 21 سنة (يقبل الانتساب الناتج عن الاعاقة فقط).		
07	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 (40%)
	

وصل استلام طلب تعويض التأهيل الطبي و/أو الأرطوفوني

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