

**Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès**  
**Commission des œuvres sociales**  
**(Agrément du 15 /06/2022)**

| Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations  |   |
|--|---|
| <b>Je soussigné(e) :</b>   | <b>Émargement</b>   |
| <b>Fonction :</b>  | <b>Grade :</b>  |
| <b>Faculté /Rectorat :</b>   |   |
| <b>Tél :</b>   |   |
| <b>Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :</b>  |   |
| Moi-même <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :.....    |
|  | <input type="checkbox"/> **Mon fils (ma fille), nom et prénom : ..... |
| IRM <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Endoscopie <input type="checkbox"/> Scintigraphie <input type="checkbox"/> Autres (préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/><br>..... |   |
| <b>Prescription effectuée par :</b>  | .....   |
| <b>Spécialiste en :</b>  | .....   |
| <b>Griffe obligatoire du radiologue :</b>  |   |
| <b>D'une valeur totale globale de :</b>  | .....DA   |
| <b>Fait à ..... le .....</b>   |   |
| <b>Le radiologue</b>   |   |

**Partie réservée à la commission**

| N°                            | Pièces demandées  | Obs                    |                   |                   |
|-------------------------------|---|------------------------|-------------------|-------------------|
| 01                            | Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations   |                        |                   |                   |
| 02                            | Attestation récente de travail  |                        |                   |                   |
| 03                            | *Fiche familiale  |                        |                   |                   |
| 04                            | ** Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice pour les enfants à charge + attestation de non affiliation à la CNAS + attestation de non affiliation à la CASNOS (pour les enfants de plus 18 ans) |                        |                   |                   |
| 05                            | Copie du compte rendu   |                        |                   |                   |
| 06                            | Facture en bonne et due forme   |                        |                   |                   |
| Date du traitement du dossier | Décision de la commission   | Montant de l'opération | Montant remboursé | Avis du Président |
|                               |   |                        |                   |                   |