



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales (2024)

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :
	<input type="checkbox"/> ** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Intervention effectuée par :

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلي اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجال المحددة،
حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales
2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale
4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie
6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.
7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)

8. Facture en bonne et due forme.

Montant de l'opération		Montant remboursé	
-------------------------------	--	--------------------------	--



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement des analyses médicales (2024)

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :
	<input type="checkbox"/> ** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Des analyses médicales :

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلي اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة،
حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement des analyses médicales

2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale

4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie

6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.

7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)

8. Facture en bonne et due forme.

Montant de l'opération		Montant remboursé	
-------------------------------	--	--------------------------	--



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement des soins dentaires (2024)

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *Mon épouse (époux), nom et prénom :
	<input type="checkbox"/> ** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Des soins dentaires

Extraction Implants dentaire Prothèses dentaires Orthopédie dento-faciale

Traitement de caries dentaires et plombages Autres (préciser ci-dessous)

Soins effectués par :	Griffe
Fait à le	

Montant (des frais de soins dentaires) en chiffres :

Montant (des frais de soins dentaires) en lettres :

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلي اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement des soins dentaires
2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale
4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie
6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.
7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)

Montant de l'opération

Montant remboursé



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations (2024)

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même

*Mon épouse (époux), nom et prénom :

** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Consultation

Verres optiques + Monture

Lentilles de contact

Ophthalmologue	Griffe	Frais d'ophtalmologie
		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :
Fait à, le		
Opticien	Griffe	Frais d'optique
		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :
Fait à, le		

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلى اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations
2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale
4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie
6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.
7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)

Montant de l'opération

Montant remboursé



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations 2024

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même *Mon épouse (époux), nom et prénom :

** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

IRM Scanner Échographie Endoscopie Scintigraphie Autres (préciser ci-dessous)

Prescription effectuée par :	Griffe	Frais de consultation
Fait à le.....		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :

Radiologue	Griffe	Frais de radiologie
Fait à le.....		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلى اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations
2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale
4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie
6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.
7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)
8. Facture en bonne et due forme (cas : scanner et/ou IRM)

Montant de l'opération		Montant remboursé	
------------------------	--	-------------------	--



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de remboursement de Rééducations (kiné, orthophonie...) et cures thermales 2024

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :

Moi-même *Mon épouse (époux), nom et prénom :

** Mon fils (ma fille), nom et prénom :

Cures Thermales Rééducations Kiné Orthophonie Autres (préciser ci-dessous)

Prescription et soins effectués par :	Griffe	Frais de consultation
Fait à,le		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :
Thérapeute	Griffe	Frais
Fait à,le		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلى اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها

Pièces demandées :

1. Formulaire de remboursement de Rééducations (kiné, orthophonie...) et cures thermales
2. Attestation récente de travail

*Pour le conjoint :

3. Fiche familiale
4. Attestation de non-affiliation à la CNAS + attestation de non-affiliation à la CASNOS ou une déclaration sur l'honneur légalisée (voir site COS) ;

** Pour les enfants à charge (moins de 18 ans ou cas des enfants ayant des besoins particuliers)

5. Fiche de paie
6. Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice.
7. Compte rendu médical ou carte (cas des enfants ayant des besoins particuliers)

Montant de l'opération		Montant remboursé	
-------------------------------	--	--------------------------	--



Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès
Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2)
(Agrément du 15 /06/2022)

Formulaire de demande de prêt social

(Durée de remboursement : 12 mois)

(2024)

Conditions requises :

1. Être titulaire ou avoir un contrat de travail à durée indéterminée,
2. Ne pas être en congé de maladie longue durée, en détachement, ou mise en disponibilité ou sur le point d'être mis à la retraite,
3. Ne pas être débiteur aux œuvres sociales.

Je soussigné(e) :		Émargement
Fonction :		
Grade :		
Faculté /Rectorat :		
Tél :		

Types de prêts

1) Santé	<input type="checkbox"/>
2) Contentieux	<input type="checkbox"/>
3) Location de logement ou rénovation	<input type="checkbox"/>
4) Achat d'un lot de terrain, logement, véhicule ou construction.	<input type="checkbox"/>

N.B. La commission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou déposés hors délai ; ces derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.

تتخلي اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها.

Pièces demandées :

1. Formulaire de demande de prêt social
2. Dernière fiche de paie
3. Attestation de travail récente
4. Justificatifs