

Art. 01 / Chap.1 (2025)

Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales			
Je soussigné(e) :		Émargement	
Fonction :			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneu	r que j'ai entrepris pour :		
Moi-même	*Mon épouse (époux), nom et prénom : ** Mon fils (ma fille), nom et prénom :		
Intervention effectue	ee par :		
N.B. La commission	dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou de	éposés 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 récen			
*Pour le conjoint non salar > Fiche familiale, e	ié : xtrait de naissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'honneur, légalisée, de n	on-activité.	
 Filles célibataires Des enfants ayar ans et une fiche Enfants de moins 	u attestation de kafala délivrée par la justice. s (plus de 21 ans : Certificat de célibat + Attestation de non-affiliation CANAS et CAS at des besoins particuliers**(Une copie de la carte d'invalidité (100%) + Une fiche de paie antérieure pour ceux de plus de 21 ans) ; s de 17 ans (joindre une fiche de paie) ; s de 21ans, scolarisés ou étudiants, (joindre une fiche de paie + un certificat de scola	de paie pour les moins de 21	
Facture en bonn	et due forme.		
Montant de l'opér	ation Montant remboursé		



Art. 02 / Chap.1 (2025)

Formu	aire de remboursement de	es analyses médica	iles
Je soussigné(e) :			Émargement
Fonction :			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneur que	i'ai entrepris pour :	•	
_ 0	*Mon épouse (époux), nom et préno	om :	
Moi-même			
	** Mon fils (ma fille), nom et prénon	n :	
Des analyses médicales :			
	ge toute responsabilité quant aux d		osés hors délai ; ces
	erniers ne seront pas traités, même لة الملفات الناقصة أو المودعة		تتخل اللحنة
عارج الرجال المعتمدة،	به المعنفات النافضه الوالمودعة بي لو تم تسجيلها		تعني النجنة عن ا
	Pièces demand		
1. Formulaire de rembours	ement des analyses médicales		
2. Attestation récente de tra	vail		
*Pour le conjoint non salarié : Fiche familiale, extrait de	naissance, photocopie de la CIN + déclaration	on sur l'honneur, légalisée, de non	n-activité.
** Pour les enfants à charge :			
Fiche familiale ou attesta	tion de kafala délivrée par la justice.		
· ·	e 21 ans : Certificat de célibat + Attestation d		,
1	esoins particuliers**(Une copie de la carte d antérieure pour ceux de plus de 21 ans) ;	l'invalidité (100%) + Une fiche de	paie pour les moins de 21
	ans (joindre une fiche de paie);		
Enfants de moins de 21a d'inscription);	ns, scolarisés ou étudiants, (joindre une fiche	e de paie + un certificat de scolarit	té ou une attestation
Facture en bonne et due	forme.		
Montant de l'opération		Montant remboursé	



Art. 03 / Chap.1 (2025)

Formulaire de remboursement des soins dentaires			
Je soussigné(e) :			Émargement
Fonction :			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneur que j'a	i entrepris pour :		
Moi-même ** Mon fils (ma fille), nom et prénom :			
Extraction Implants denta		Orthopédie dento-fac	_
Traitement de caries dentaires	et plombages	Autres (préciser ci-de	essous)
Soins effectués par :		Grif	fe
Fait àlo			
Montant (des frais de soins	·		••••••
Montant (des frais de soins	dentaires) en lettres : <mark>e toute responsabilité quant</mark>		
	rniers ne seront pas traités, i	-	ieposes nors deiai ; ces
	بلفات الناقصة أو المودع <mark>ة</mark>		تتخل اللحنة عن كلم
العالم المحاددة المحا			عدي العجد عن عام
	تم تسجيلها		
	Pièces dem	andées :	
➤ Formulaire de remboursement des soins dentaires			
> Attestation récente de travail			
*Pour le conjoint non salarié : Fiche familiale, extrait de naissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'honneur, légalisée, de non-activité.			
 ** Pour les enfants à charge: Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice. Filles célibataires (plus de 21 ans : Certificat de célibat + Attestation de non-affiliation CANAS et CASNOS); Des enfants ayant des besoins particuliers**(Une copie de la carte d'invalidité (100%) + Une fiche de paie pour les moins de 21 ans et une fiche de paie antérieure pour ceux de plus de 21 ans); Enfants de moins de 17 ans (joindre une fiche de paie); Enfants de moins de 21ans, scolarisés ou étudiants, (joindre une fiche de paie + un certificat de scolarité ou une attestation d'inscription); 			
Montant de l'opération		Montant remboursé	



Art. 04 / Chap.1 (2025)

Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations			
Je soussigné(e) :	Je soussigné(e) :		
Fonction:			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneur que j'ai	entrepris pour :		
Moi-même ** Mon épouse (époux), nom et prénom :			
Consultation	Verres optiques + Monture	Lentilles de cont	
Ophtalmologue	Griffe	Frais d	ophtalmologie
		Monta	nt en chiffres :
Fait à, le		Monta	ant en lettres :
Opticien	Griffe	Fra	is d'optique
		••••••	nt en chiffres :
 Fait à, le		Monta	ant en lettres :
	toute responsabilité quant aux doss	•	éposés hors délai ; ces
	niers ne seront pas traités, même s'il		
ة خارج الإجال المحددة،	.راسة الملفات الناقصة أو المودع	مل مسؤوليتها في د	تتخلي اللجنة عن كا
حتى لو تم تسجيلها.			
	Pièces demandée	s:	
Formulaire de rembourseme	nt : Lunetterie et consultations		
> Attestation récente de travail			
*Pour le conjoint non salarié : Fiche familiale, extrait de naissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'honneur, légalisée, de non-activité.			
 ** Pour les enfants à charge : Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice. Filles célibataires (plus de 21 ans : Certificat de célibat + Attestation de non-affiliation CANAS et CASNOS); Des enfants ayant des besoins particuliers**(Une copie de la carte d'invalidité (100%) + Une fiche de paie pour les moins de 21 ans et une fiche de paie antérieure pour ceux de plus de 21 ans); Enfants de moins de 17 ans (joindre une fiche de paie); Enfants de moins de 21ans, scolarisés ou étudiants, (joindre une fiche de paie + un certificat de scolarité ou une attestation d'inscription); 			
Montant de l'opération	Mo	ntant remboursé	



Art. 05 / Chap.1 (2025)

Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations			
Je soussigné(e) :			Émargement
Fonction :			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneur que j'ai	entrepris pour :		
*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
		Monta	ant en chiffres :
		•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••	
Fait à le		Mont	ant en lettres :
Radiologue	Griffe	Frais	de radiologie
Montant en chiffres			

F 43		Mont	ant en lettres :
Fait à le			
	toute responsabilité quant aux niers ne seront pas traités, mên	•	léposés hors délai ; ces
	ة الملفات الناقصة أو المودع		ملا بر المادة عرب كا
به حارج الرجال المعدددة،			تنعني النجلة عل نام
	لو تم تسجيلها		
	Pièces deman	dées :	
Formulaire de remboursemen	t de Radiologie, imagerie, scanner, IRM	, Échographie et consultations	
Attestation récente de travail			
*Pour le conjoint non salarié :			
Fiche familiale, extrait de naissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'honneur, légalisée, de non-activité.			
** Pour les enfants à charge :			
 Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice. Filles célibataires (plus de 21 ans : Certificat de célibat + Attestation de non-affiliation CANAS et CASNOS); 			
 Des enfants ayant des besoins particuliers**(Une copie de la carte d'invalidité (100%) + Une fiche de paie pour les moins de 21 ans 			
et une fiche de paie antérieure pour ceux de plus de 21 ans) ;			
> Enfants de moins de 17 ans (joindre une fiche de paie);			
➤ Enfants de moins de 21ans, scolarisés ou étudiants, (joindre une fiche de paie + un certificat de scolarité ou une attestation d'inscription);			
Facture en bonne et due forme (cas : scanner et/ou IRM)			
Montant de l'opération	,	Montant remboursé	



Art. 06 / Chap.1 (2025)

Ŭ			
Formulaire de rembou	rsement de Rééducations (kiné, or	rthophonie) et cures thermales	
Je soussigné(e) :		Émargement	
Fonction :			
Grade :			
Faculté /Rectorat :			
Tél:			
Certifie sur l'honneur que j'a	ni entrepris pour :		
*!	Mon épouse (époux), nom et prénom :		
Moi-même			
* worldering	* Mon fils (ma fille), nom et prénom :		
	cations Kiné Orthophonie		
Cules memiales Reeuu	Cations C Kine C Ottrophone C	Autres (preciser ci-dessous)	
Prescription et soins	Griffe	Frais de consultation	
effectués par :		Montant en chiffres :	
		Montant en lettres :	
Fait àle			
Thérapeute	Griffe	Frais	
		Montant en chiffres :	
		Montant en lettres :	
Fait àle		Montant en letties .	
·	e 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 مسوُّوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجال 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 non salarié :			
-	aissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'hor	nneur, légalisée, de non-activité.	
** Pour les enfants à charge :			
Fiche familiale ou attestation de kafala délivrée par la justice. Filles adjibateires (alue de 31 ans l'Cartificat de adjibat l'Attestation de par efficience CANAS et CASNOS) :			
 Filles célibataires (plus de 21 ans : Certificat de célibat + Attestation de non-affiliation CANAS et CASNOS); Des enfants ayant des besoins particuliers**(Une copie de la carte d'invalidité (100%) + Une fiche de paie pour les moins de 21 ans 			
et une fiche de paie antérieure pour ceux de plus de 21 ans) ;			
➤ Enfants de moins de 17 an	s (joindre une fiche de paie) ;	un certificat de scolarité ou une attestation	
➤ Enfants de moins de 17 an		un certificat de scolarité ou une attestation	



Chap.4 (2025)

Formulaire de demande de prêt social

(Durée de remboursement : 12 mois)

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 soussign	ė(e):	Émargement		
Fonction :				
Grade :				
Faculté /Red	torat :			
Tél:				
	Types de prêts			
1) Santé				
2) Conten	ieux			
3) Location de logement ou rénovation				
4) Achat d'un lot de terrain, logement, véhicule ou construction.				
N.B. La co	ommission dégage toute responsabilité quant aux dossiers incomplets ou de derniers ne seront pas traités, même s'ils sont enregistrés.	éposés hors délai ; ces		
محددة،	مل مسؤُّوليتها في دراسة الملِّفات الناقصة أو المودعة خارج الأجال ال	تتخلي اللجنة عن كا		
	حتی لو تم تسجیلها.			
Pièces demandées :				
1. For	nulaire de demande de prêt social			
2. Der	nière fiche de paie			
3. Atte	station de travail récente			
4. Ju	stificatifs			