

	Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2) (Agrément du 15 /06/2022)	Art. 01 / Chap.1 (2025)	
Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales			
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 :		
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 الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها. Pièces demandées :			
1. Formulaire de remboursement des interventions chirurgicales			
2. 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.			
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)	Art. 02 / Chap.1 (2025)	
Formulaire de remboursement des analyses médicales			
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 :		
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 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.			
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)	Art. 03 / Chap.1 (2025)	
Formulaire de remboursement des soins dentaires			
Je soussigné(e) : Fonction : Grade : Faculté /Rectorat : Tél :			Émargement
Certifie sur l'honneur que j'ai entrepris pour :			
Moi-même ☐	☐ *Mon épouse (époux), nom et prénom : ☐ ** 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 : Fait à le		Griffe	
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. تتخلى اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجل المحددة، حتى لو تم تسجيلها. Pièces demandées :			
➤ 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	

	Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2) (Agrément du 15 /06/2022)	Art. 04 / Chap.1 (2025)
Formulaire de remboursement : Lunetterie et consultations		
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 ☐		
Ophtalmologue	Griffe	Frais d'ophtalmologie
Fait à , le		Montant en chiffres :
		Montant en lettres :
Opticien	Griffe	Frais d'optique
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 : ➤ Formulaire de remboursement : 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) ;		
➤ Formulaire de remboursement : 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		Montant remboursé

	Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2) (Agrément du 15 /06/2022)	Art. 05 / Chap.1 (2025)
Formulaire de remboursement de Radiologie, imagerie, scanner, IRM, Échographie et consultations		
Je soussigné(e) : Fonction : Grade : Faculté /Rectorat : Tél :		Émargement
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 :		
➤ Formulaire de remboursement 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

	Université Djillali Liabès de Sidi Bel Abbès Commission des œuvres sociales (COS-UDL-N°2) (Agrément du 15 /06/2022)	Art. 06 / Chap.1 (2025)	
Formulaire de remboursement de Rééducations (kiné, orthophonie...) et cures thermales			
Je soussigné(e) : Fonction : Grade : Faculté /Rectorat : Tél :			Émargement
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 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	



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

Types de prêts

1) Santé	☐
2) Contentieux	☐
3) Location de logement ou rénovation	☐
4) Achat d'un lot de terrain, logement, véhicule ou construction.	☐

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