



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.

تتخلى 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 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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;
- 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)

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 :			
<p align="center">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.</p> <p align="center">تتخلي اللجنة عن كامل مسؤوليتها في دراسة الملفات الناقصة أو المودعة خارج الأجال المحددة، حتى لو تم تسجيلها.</p> <p align="center">Pièces demandées :</p> <ol style="list-style-type: none">Formulaire de remboursement des analyses médicalesAttestation récente de travail <p>*Pour le conjoint non salarié :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Fiche familiale, extrait de naissance, photocopie de la CIN + déclaration sur l'honneur, légalisée, de non-activité. <p>** Pour les enfants à charge :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;➤ 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) ; <ul style="list-style-type: none">➤ 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.

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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;

➤ 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)

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
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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;

➤ 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)

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
		Montant en chiffres :
Fait à le.....		Montant en lettres :
Radiologue	Griffe	Frais de radiologie
		Montant en chiffres :
Fait à le.....		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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;
- 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)

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 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**(pas plus de 21ans : joindre une copie de la carte d'invalidité ou rapport médical+ une fiche de paie) ;
➤ 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)

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.

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