

طلب مساعدة أسنان

Demande d'aide medicale dentaire

رقم التسجيل الطلب لدى الصندوق	رقم الانتساب
تاريخ تسجيله	٢٣١٢٤١
الهاتف : ٧٠٩٩٩٩٩٩	اسم المنتسب وشهرته : فلان الفولاني
الفرع : الحدث	الكلية/المعهد : كلية العلوم

إفادة بعمل الزوجة

إن الزوجة : فلانة الفولانية	- متعاقد	- يعمل في : مؤسسة عامة	- رقم الانتساب للتعاونية أو للضمان الاجتماعي : ٢٣١٢٤٢١٤
-----------------------------	----------	------------------------	---

معلومات عن المريض موضوع المساعدة

اسم المريض	تاريخ الولادة	درجة القرابة للمنتسب	تاريخ ابتداء العلاج	تاريخ إنتهاء العلاج
فولان	٢٠٢٠/١٢/٢٤	ابنه	٢٠٢٠/١٢/١٠	٢٠٢٠/١٢/٢١

نفقات المعالجة حسب نوعها (ل.ل)

اسم المريض	أجور الأطباء	ثمن الأدوية	مختلف	مجموع النفقات	قيمة المساعدة من مصدر آخر	النفقات الموافق عليها	قيمة المساعدة المستحقة
فولان	٢١٢,٣١٢	١٢٣,٢١٣	٢١,٣١٢	٣٥٦,٨٣٧	٤,٢١٣,٢١٣		

المستندات المرفقة

١-	٥-
٢-	٦-
٣-	٧-
٤-	٨-

التاريخ : ٢٠٢٠/١٢/٦

الاسم :

توقيع المنتسب :

ختم وتوقيع الرئيس المباشر :

