



PRISE EN CHARGE

REF : 2021

Nom
Né(e) le

Prénoms.....

Faculté ou service.....

Adresse

Assuré

Conjoint

Enfant

Parent

BENEFICIAIRE ⁽¹⁾

-(1)- Mettre une croix dans la case Correspondante.

Nom et Prénoms

ACTE (médical, chirurgical, analyses, préciser) :.....

Coût de la prestation (DA) Somme payée(DA)..... Reste à payer(DA).....

-(2)- Si en urgence, préciser. OUI

NON

Date de l'acte.....

Accord USTHB (Cachet et signature)	Accord clinique (Cachet et signature)

Très important :

-Pour bénéficier des avantages de la convention, l'adhérent doit être pris en charge par l'équipe médicale permanente de la clinique.

-L'employé peut bénéficier de l'aide de la C.O.S deux fois par an .

Fait à Babezzouar, le