



*PRISE EN CHARGE*

REF : ..... 2021

Nom .....  
Né(e) le .....

Prénoms.....

Faculté ou service.....

Adresse .....

Assuré

Conjoint

Enfant

Parent

**BENEFICIAIRE** <sup>(1)</sup>

-(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