

**Formulaire de contact pour les prestataires de soins adhérents
à la Convention Nationale**

Nom et prénom:

Profession :

Nom de l'établissement :

INPE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de Tél :

Fax :

Adresse électronique :

Adresse :

Ville :

Fait à :

Le : / /

Signature et cachet du prestataire de soins

NB : Veuillez renseigner ce formulaire et le retourner à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie.

Agence Nationale de l'Assurance Maladie الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

8, Avenue Mehdi Ben Barka, Hay Riad, 10100 Rabat, Maroc . 10100 الرباط، المغرب . 8 شارع المهدي بن بركة، حي الرياض،

Tel : (+212) (0) 537 68 79 60 : الهاتف - Fax : (+212) (0) 537 68 79 68 : الفاكس - www.assurancemaladie.ma