

**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](http://www.assurancemaladie.ma)