المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC

ANAM الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

Réf. ANAM : 1.3.149.01

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 . 8 شارع المهدي بن بركة، حي الرياض، 10100 الرباط، المغرب
Tel : (+212) (0) 537 68 79 60 : الهاتف – Fax : (+212) (0) 537 68 79 68 : الفاكس - www.assurancemaladie.ma