

Agence :

Centre de paiement :

**DEMANDE D'ENTENTE
PREALABLE**

Doit être adressée à votre centre de paiement pour :

1. Tous les actes figurant à la nomenclature des actes professionnels avec une mention particulière suivi de la lettre E,
2. Tous les actes ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels et cotés par assimilation,
3. Pour les grands appareillages, les verres de contact, les cures thermales ou spécialisées et les traitements de rééducation fonctionnelle.

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Nom et prénoms :

n° d'immatriculation

Né (e) le [] [] [] [] [] [] [] [] à

Nom et adresse de l'employeur :

bénéficiaire autre que l'assuré : Conjoint Enfant Ascendant (1)

Nom et prénoms :

Né (e) le [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Le médecin, l'auxiliaire médical, le directeur de laboratoire, le fournisseur, (2)
soussigné, demande l'entente préalable en vue de dispenser au malade désigné ci-dessus :
les actes, appareils ou traitements (2)
décrits ci-après :

date [] [] [] [] [] [] [] []

Cachet et Signature du Praticien

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Rayer les mentions inutiles.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

(partie confidentielle réservée à l'information du Médecin Conseil-à cacheter après renseignement).

Fait à Le,

SIGNATURE,