



n° 12049*01

demande d'entente préalable
assurance maladie

Nomenclature générale des actes professionnels

VOLET A
à conserver
au contrôle médical

date de réception :

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet B)

nom - prénom de l'assuré(e)

n° d'immatriculation 2 2 5 0 1 3 0 0 5 9 0 0 1 8 7

ou à défaut date de naissance de l'assuré(e)

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés) :

MSA DU GARD

Organisme n° 02 301 000

adresse de l'assuré(e) : Avenue Jean Macé

code postal 3 0 7 4 0 commune : LE CAILAR

nom - prénom du bénéficiaire des soins

date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e))

adresse où le patient peut être visité : Avenue Jean Macé

code postal 3 0 7 4 0 commune : LE CAILAR

à compléter par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) qui dispense l'acte

● son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après : lettre-clé, coefficient, nombre d'actes) :

(2 AIS 3.00) x 184 +Fériés à Domicile

nom du prescripteur : PELLEGRIN ANNE (30 1 00969 2)

(joindre la prescription médicale ou sa copie si la demande est établie par un auxiliaire médical(e))

identification du praticien ou de l'auxiliaire médical(e)

date : 0 1 0 8 2 0 1 1

signature :

● partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

nature et motif de l'acte : Soins d'hygiène, surveillance, observation et prévention.

IMPORTANT - La présente demande doit être envoyée immédiatement par l'assuré(e) au médecin conseil de son organisme d'assurance maladie (voir au verso du volet B les modalités de réponse des organismes)

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale

S 3108 c

Exemple de d'Entente Préalable