

# CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

## DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT

### A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT

#### Identification de l'établissement

Non de l'établissement

Type d'établissement :

Cabinet médical

Cabinet dentaire

Hôpital

Pharmacie

Autres

(à préciser) :

Adresse de l'établissement :

Région

Département

Commune

Téléphone :

Fixe

Mobile

E-mail :

#### DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT à remplir par le responsable de l'établissement

Je soussigné( e), \_\_\_\_\_, responsable de l'établissement  
, après avoir lu et pris acte de la convention, accepte les termes de la dite convention et demande à cet effet que mon établissement soit conventionné.

Fait à

Le / / / / / / / / / /

Signature et cachet du responsable de l'établissement

### A REMPLIR PAR LA CNAM

Réponse de la CNAM après étude de la demande et visite des lieux :

demande acceptée

demande rejetée

Motifs du rejet :

A ....., Le .....

Signature et Cachet CNAM