

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT DES STRUCTURES PHARMACEUTIQUES

A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT

Identification de l'établissement

Non de l'établissement

Type d'établissement :

Officine pharmaceutique

Dépôt pharmaceutique

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 sectorielle entre la CNAM et les pharmaciens d'officine approuvée par arrêté du ministre de la Santé N° 2042 en date du 20 octobre 2013, accepte les termes de la dite convention et demande à cet effet que mon établissement soit conventionné par la CNAM.

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