ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE | AMU INAM

01BP:11 Lomé – Tél : 22 53 20 01/ 99 86 3956

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

(Dernière version : 18/04/2012)

BENEFICIAIRE	PRESCRIPTEUR
Nom :……	Code formation sanitaire :……..
Prénoms :……	Code prescripteur :……
Matricule INAM :……	Téléphone mobile :……
N° Feuille de soins : …….	Date de la prescription :……

N°	Actes	Motifs ou indications de la prescription
1		
2		
3		

N°	Produits pharmaceutiques et assimilés	Motifs ou indications de la prescription
1		
2		
3		
4		

Hospitalisation

Date d'admission	Motifs d'hospitalisation	Catégorie de salle (Cochez)	Durée probable de séjours
		- Cabine ventilée à 2 lits recommandée par l'INAM : Oui ☐ Non ☐ - Si non, catégorie attribuée (Préciser) : …… …….	

Nb : Joindre la facture pro forma

Signature et cachet du prescripteur