



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Identité du Patient / Prestataire de soins

NOM ET PRENOM : **Mamoudou Ousmane**

INAM : **158821815809**

STRUCTURE DE SOINS : **Centre hospitalier National de Nouakchott (CHN)**

Demande du Médecin traitant / Résumé

Date : ____/____/____

Acte(s) Demandé(s): _____

Signature et cachet du Médecin N° dans l'ONM:

Cachet de la structure

Décision du Comité Médical de la CNAH :

Acte(s) Accordé(s): _____

Demande de complément ☐

Refus ☐

Commentaires :

Mandant

Signature

Président du Comité Medical

Date: ____/____/____

