

A
Monsieur le Président du Conseil National
de l'Ordre National des Médecins
s/c
Monsieur le Président du Conseil Régional
Région du

OBJET : Convention de tiers payant - Demande d'adhésion

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous solliciter l'adhésion à la convention de tiers payant signée entre **La Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance (FMSAR)** et le **Conseil National de l'Ordre des Médecins**.

Je déclare avoir pris connaissance des termes de ladite convention. Je déclare également que mon établissement dispose - ne dispose pas - (*) de la clinique de réanimation dans lequel interviennent les réanimateurs figurant sur la liste ci-jointe.

Je m'engage à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de ma clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés munis d'une prise en charge ou porteurs d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie ;
- Recevoir les membres de la commission permanente de suivi et d'arbitrage et leur faciliter la vérification de la conformité aux normes en vigueur des installations de réanimation de notre établissement (**)

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Date : _____

Copie pour information à :

- M. le président de l'Association Nationale des Cliniques Privées
- M. le président du Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral

P.J : Liste des réanimateurs

(*) Barrer la mention inutile.

(**) Uniquement pour les cliniques qui déclarent disposer de centres de réanimation.

A
Monsieur le Président du Conseil National
de l'Ordre National des Médecins
s/c
Monsieur le Président du Conseil Régional
Région du

OBJET : Convention de tiers payant - Demande d'adhésion

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous solliciter l'adhésion à la convention de tiers payant signée entre **La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (C.M.I.M)** et **le Conseil National de l'Ordre des Médecins**.

Je déclare avoir pris connaissance des termes de ladite convention. Je déclare également que mon établissement dispose - ne dispose pas - (*) de la clinique de réanimation dans lequel interviennent les réanimateurs figurant sur la liste ci-jointe.

Je m'engage à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de ma clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés munis d'une prise en charge ou porteurs d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie ;
- Recevoir les membres de la commission permanente de suivi et d'arbitrage et leur faciliter la vérification de la conformité aux normes en vigueur des installations de réanimation de notre établissement (**)

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Date : _____

Copie pour information à :

- M. le président de l'Association Nationale des Cliniques Privées
- M. le président du Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral

P.J : Liste des réanimateurs

(*) Barrer la mention inutile.

(**) Uniquement pour les cliniques qui déclarent disposer de centres de réanimation.

A
**Monsieur le Président du Conseil National
de l'Ordre National des Médecins
s/c
Monsieur le Président du Conseil Régional
Région du**

OBJET : Convention de tiers payant - Demande d'adhésion

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous solliciter l'adhésion à la convention de tiers payant signée entre **La Mutuelle de Prévoyance et d'Action Sociale (M.U.P.R.A.S) de Royal Air Maroc** et le **Conseil National de l'Ordre des Médecins**.

Je déclare avoir pris connaissance des termes de ladite convention. Je déclare également que mon établissement dispose - ne dispose pas - (*) de la clinique de réanimation dans lequel interviennent les réanimateurs figurant sur la liste ci-jointe.

Je m'engage à :

- Respecter les dispositions prévues par la présente convention ;
- Faire respecter lesdites dispositions par tout intervenant opérant au sein de ma clinique ;
- Appliquer le barème annexé à la présente convention, à tous les assurés munis d'une prise en charge ou porteurs d'une affiliation à un contrat d'assurances groupe maladie ;
- Recevoir les membres de la commission permanente de suivi et d'arbitrage et leur faciliter la vérification de la conformité aux normes en vigueur des installations de réanimation de notre établissement (**)

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Date : _____

Copie pour information à :

- M. le président de l'Association Nationale des Cliniques Privées
- M. le président du Syndicat National des Médecins du Secteur Libéral

P.J : Liste des réanimateurs

(*) Barrer la mention inutile.

(**) Uniquement pour les cliniques qui déclarent disposer de centres de réanimation.