



Date de réception siège MPN :

**MPN**

**Formulaire de demande d'entente préalable pour  
Dépassements d'honoraires  
(Secteur privé ou public)**

**ASSURÉ :**

Nom et Prénom	
Date de naissance	
N° sécurité sociale	
N° interne	
Adresse	
<b>Bénéficiaire</b>	Nom :
	Prénom :
Coordonnées du professionnel de santé (cachet)	<u>Caractéristiques de l'acte médical</u> Code acte affiné :
	<u>Montant du remboursement Sécurité Sociale :</u>
Date de l'intervention	
Montant des honoraires demandés et non pris en charge par la Sécurité-Sociale	
<u>Date et signature du professionnel de santé</u>	<u>Date et signature de l'adhérent</u>

**ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE NON PARVENUE AU SIEGE AU MOINS 15 JOURS AVANT L'INTERVENTION NE POURRA ETRE PRISE EN CONSIDERATION**

**Décision sur la prise en charge**

Montant pris en charge par la M.P.N. sur présentation de la note d'honoraires	
Schiltigheim, le	LE PRESIDENT NATIONAL  Robert WILTHIEN
<u>Observations éventuelles :</u>	