

## Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

### L'assuré(e)

nom  
*(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

prénom

n° d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Le bénéficiaire

nom  
*(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

prénom

date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adresse de l'assuré(e)

  
  


## Identification du médecin traitant

**cachet du médecin ou de l'établissement (\*)**

*(ou nom, prénom et adresse en majuscules)*

**nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (\*)**

*(en majuscules)*

nom

prénom

**n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(\*) centre de santé, établissement ou service médico social

## Déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

Le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Melle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

