

# DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

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

<b>L'assuré(e)</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
prénom	
n° d'immatriculation	
<b>Le bénéficiaire</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
prénom	
date de naissance	
adresse de l'assuré(e)	

## Identification du médecin traitant

<b>cachet du médecin ou de l'établissement (*)</b> <i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i>	<b>nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)</b> <i>(en majuscules)</i>
	nom
	prénom
	<b>n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas</b>

(\*) 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 <i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de + 16 ans)</i>	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.