WHAT DO YOU NEED TO BRING TO THE HEALTH OFFICE TO GET REIMBURSED?

The Déclaration de Médecin Traitant: during your first consultation to a general practitioner, please ask the Dr to fill and sign that statement.

1

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

prénom

n° d'immatriculation

Le bénéficiaire

nom

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 déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	Je soussigné(e), Docteur déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

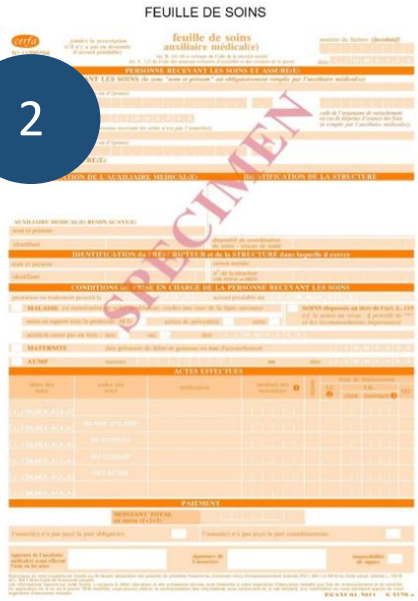
Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

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.

S 3704

Your feuilles de soins

2



Your prescriptions

3

4

Your RIB