

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

L'assuré(e)

Nom de famille nom de naissance + suivi du nom d'usage, un chiffre par case

Prénom

N° de sécurité sociale

Le bénéficiaire des soins

Nom de famille nom de naissance + suivi du nom d'usage, un chiffre par case

Prénom

Date de naissance

Adresse de l'assuré(e)

Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom du médecin traitant
<p>N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)</p>	Nom
	Prénom
	Identifiant

(*) 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 <small>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)</small>	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	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.

S 3704b

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).