

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

L'assuré(e)

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

PARENT

prénom

Caroline

n° d'immatriculation

277042123120928

Le bénéficiaire

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

BERTRAND

prénom

ARTHUR

date de naissance

27022003

adresse de l'assuré(e)

14 Rue Pierre Jorigneaux
 21200 BEAUNE

Identification du médecin traitant

cachet du médecin ou de l'établissement (*)
 (ou nom, prénom et adresse en majuscules)

Docteur Eric PINGOT
 21 1 02910 3
 17, Rue Notre Dame
 21630 POMMARD
 Tél. 03 80 24 19 37

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

nom

PINGOT

prénom

ERIC



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

10002199776

(*) 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 <u>Arthur BERTRAND</u>	Je soussigné(e), Docteur <u>PINGOT</u>
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

09022019

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.