

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article 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 des soins

L'assuré(e)Nom de famille (de naissance)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

GLASER

Prénom

SARAH

N° de sécurité sociale

2 7 3 0 7 7 5 1 1 6 2 0 5 3 7

Le bénéficiaire des soinsNom de famille (de naissance)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

GLASER

Prénom

SARAH

Date de naissance

28 07 1978

Adresse de l'assuré(e)

9, route de Minerve
34210 Azillanet

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

DR. ALAIN MATHIEU

01 Conventionné

Lot. du Roc

Centre Médical

PEPIEUX - 11700 GARENDE

11 1 01304 1

N° de la structure (AM, FINISS, ou SIRET)

11017041

Nom

MATHIEU

Prénom

Alain

Identifiant

11017041

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

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) 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 des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M. (Mme.) <u>Glaser Sarah</u>	Je soussigné(e), Docteur <u>MATHIEU Alain</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

23 08 2018

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).



DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

N° 12485*03

(article 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 des soins

L'assuré(e)
 Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage, s'il y a lieu : GLASER PORTAL
 Prénom : ELIOT OTTO
 N° de sécurité sociale : 2 7 3 0 7 7 5 1 1 6 2 0 5 3 7

Le bénéficiaire des soins
 Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage, s'il y a lieu :
 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
Dr Alain MATHIEU 01 Conventionné Lot. du Roc Centre Médical PEPHEUX - 11700 CAPENDU N° de la structure (AM, FINISS, ou SIRET) 11 1 01304 1	Nom : Prénom :
Identifiant : 11013041	Identifiant : 11013041

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

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) 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 des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	Je soussigné(e), Docteur MATHIEU Alain
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

29 08 2048

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).

CPAM de l'AUDE
2 allée de Bezons
11017 CARCASSONNE cedex