

# 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'épouse)

prénom

n° d'immatriculation

**le bénéficiaire**

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

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

nom

prénom

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

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**

**médecin traitant**

(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle

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 3704a

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, 441-1 et