

**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

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>L'assuré(e)</b>                                       |                      |
| nom<br><i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i> | <input type="text"/> |
| prénom   | <input type="text"/> |
| n° d'immatriculation                                     | <input type="text"/> |
| <b>Le bénéficiaire</b>                                   |                      |
| nom<br><i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i> | <input type="text"/> |
| prénom   | <input type="text"/> |
| date de naissance  | <input type="text"/> |
| adresse de l'assuré(e)                                   | <input type="text"/> |
|  | <input type="text"/> |
|  | <input type="text"/> |

## Identification du médecin traitant

|  |  |
|--|--|
| <b>cachet du médecin ou de l'établissement (*)</b><br><i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i> | <b>nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)</b><br><i>(en majuscules)</i> |
| <input type="text"/>   | nom <input type="text"/>   |
|  | prénom <input type="text"/>  |
|  | <b>n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas</b>                      |
|  | <input type="text"/>   |
| (*) 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<br><i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)</i> | Médecin traitant  |
|---|---|
| Je soussigné(e), M., Mme, Melle   | 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.

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.

## Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie<sup>1</sup>, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche. Vous n'avez donc pas de formulaire à remplir pour eux.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

*Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?*

**A l'occasion d'une consultation**, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, enfant âgé de 16 ans ou plus ou autre personne à charge - écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*" , les nom, prénom et numéro d'immatriculation de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*le bénéficiaire*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", **le médecin** appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur (16 à 18 ans), il est nécessaire que l'un des deux parents signe également cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

---

(1) Loi n°2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."