

protocole de soins

concertation médecin conseil/médecin traitant
fiche complémentaire au protocole de

personne recevant les soins

- **identification de la personne recevant les soins**

nom et prénom *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

- **identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**

nom et prénom de l'assuré(e) *(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))*

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

observations du médecin conseil

date

signature et cachet du médecin conseil

réponse du médecin traitant *

date

signature et identification du médecin traitant

*** en cas de désaccord, l'expertise médicale est la voie de recours prévue à l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale**

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.