

Adhésion à l'option de coordination

Ce document est à remplir par le médecin, qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal, qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin :

« Je soussigné(e),

Nom :

.....

Prénom :

.....

N° d'identification :

.....

Secteur conventionnel : DP  Secteur 2

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

.....

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues à l'article 1.2.3 de la convention nationale des médecins libéraux de janvier 2005. »

Cachet du médecin      Fait à

.....  
Le

.....  
..

*Signature*

Accusé de réception de la caisse :

Adhésion enregistrée le ....., à effet du

.....

.....

Adhésion non enregistrée.

Motif : .....

.....

Cachet de la caisse

Date

.....