

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 28/06/2026

Déclaration de mon médecin traitant

Madame, Monsieur,

Je souhaite déclarer auprès de vos services le médecin que j'ai choisi comme médecin traitant, afin de m'inscrire pleinement dans le parcours de soins coordonné.

Le praticien que je désigne est le docteur [Nom du médecin], exerçant à [adresse du cabinet]. Il a donné son accord pour assurer le suivi de ma santé et la coordination de mon parcours de soins.

Je vous remercie de bien vouloir enregistrer cette déclaration de médecin traitant dans mon dossier d'assuré, afin que mes remboursements soient calculés dans les conditions du parcours de soins coordonné. Le formulaire de déclaration, signé par le médecin et par moi-même, est joint à la présente.

Je précise que cette déclaration [remplace mon précédent choix de médecin traitant ou constitue ma première déclaration], et qu'elle prend effet à compter de ce jour. Je vous saurais gré de m'en confirmer la prise en compte.

Si la démarche peut également être effectuée directement depuis mon compte en ligne, je vous remercie de me l'indiquer, afin de faciliter d'éventuelles futures mises à jour. Je tiens à m'inscrire pleinement dans le parcours de soins coordonné, tant pour bénéficier d'un suivi médical cohérent que pour conserver des remboursements au taux le plus favorable. C'est pourquoi je souhaite que cette déclaration soit enregistrée rapidement et sans erreur sur l'identité du praticien désigné.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercie par avance de votre diligence dans le traitement de ma demande, ainsi que de la confirmation que vous voudrez bien m'adresser.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature