

Date de la consultation :
Consultation N° :
Tarif de la consultation :

N° dérogation patient :
(À remplir par le réseau)

Identification du professionnel de santé :

Nom :
Prénom :
Profession : **Diététicien**
N° adhérent réseau :
Lieu d'exercice :
Cachet des professionnel et/ou signature

Nom :
Prénom :
Profession : **Psychologue**
N° adhérent réseau :
Lieu d'exercice :

--	--

Identification du patient et de l'assuré :

Nom du bénéficiaire _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville : _____
Date de naissance _____
Organisme d'assurance maladie de rattachement _____

Nom de l'assuré * _____
Prénom _____
Date de naissance _____
N° d'immatriculation _____

Déclare avoir à ce jour participé à une consultation libérale rentrant dans le cadre du réseau **D.O.N.C.** :
 Consultation couplée diététique/psychologique

Fait à _____, le ____ / ____ /200____
Signature :

Le patient adresse dans les 15 jours le document au réseau pour remboursement des actes

*A remplir si différent du patient

Partie à remplir par le réseau D.O.N.C

Nom du réseau : _____ Réseau DONC _____

Accusé de réception du promoteur du réseau :

Dérogation N°200 _____ enregistrée le _____ 200____

Cachet du réseau

Non enregistrée – motif :