

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 :
N° adhérent réseau :
Lieu d'exercice :

Cachet du professionnel et signature

Identification du patient et de l'assuré :

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

Nom de l'assuré _____
Prénom _____
Date de naissance _____
N° de sécurité sociale _____

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

- Consultation diététique,
- Consultation psychologique,
- Consultation psychomotricité.

Fait à _____, le / /20

Signature :

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

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

Nom du réseau : **D.O.N.C**

Accusé de réception du promoteur du réseau :

Dérogation n °20__-_____-_____enregistrée le _____20

Cachet du réseau

Non enregistrée – motif :