

Démarche : Frais de santé : Dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche pour les infirmiers

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire permet à un infirmier de compléter en ligne et de transmettre à la CPAM de la Manche une demande de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche.

Ce service est réservé uniquement aux assurés de la CPAM de la Manche.  
Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

**A remplir par l'infirmier prenant en charge les soins**

**Pour mémoire : le défaut de réponse de la CPAM de la Manche dans un délai de 15 jours vaut accord**

### COORDONNEES DES INFIRMIERS CONCERNES

#### Coordonnées de l'infirmier prenant

Nom :

Prénom

Lieu d'exercice de référence :  
Adresse du cabinet principal ou secondaire

Frais de santé : Dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche pour les infirmiers

N° ADELI

Nombre composé de 9 chiffres : 506XXXXXX

## Coordonnées de l'infirmier cédant

Nom :

Prénom :

Lieu d'exercice de référence :

Adresse du cabinet principal ou secondaire

N° ADELI

Nombre composé de 9 chiffres : 506XXXXXX

## PATIENT CONCERNE

### Patient : bénéficiaire des soins

Nom :

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu du nom d'usage marital

Prénom :

Adresse

N° de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépend l'assuré(e) ?

Indiquez le numéro du département

**Assuré : à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré**

## Frais de santé : Dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche pour les infirmiers

**Nom :**

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu du nom d'usage marital

**Prénom :****Adresse****N° de sécurité sociale**

Saisir les 15 chiffres sans espace

### Modalité de la demande de dérogation

**Motif : infirmier cédant surchargé**

la demande de dérogation ne peut être adressée que dans ce cadre

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Observations complémentaires :****Durée :****ou date de fin prévue :**

### Engagements

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Le défaut de réponse dans le délai de 15 jours vaut accord

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Fait à :****Le :**

Format jj/mm/aaaa

Frais de santé : Dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche pour les infirmiers