

Démarche : GDB : Avis sur la proposition d'un médecin traitant

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle assuré

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet de transmettre son accord ou non sur la proposition d'un médecin traitant.

Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

### Identification de l'assuré(e)

#### De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?

Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

#### Votre n° de Sécurité Sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

#### Votre nom

[Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)]

#### Vos prénoms

#### Votre date de naissance

Format jj/mm/aaaa

#### Votre adresse

## GDB : Avis sur la proposition d'un médecin traitant

Votre n° de téléphone

Votre Email

## Proposition de médecin de traitant

N° du médecin traitant

Le numéro est indiqué dans le courrier de proposition de la CPAM

Nom du médecin proposé

Prénom du médecin proposé

Acceptez-vous de prendre le médecin indiqué ci-dessus en tant que médecin traitant

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Engagement

En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à

Le

Format jj/mm/aaaa