

FORMULAIRE DE DEROGATION A LA REGLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE LE PLUS PROCHE

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

Coordonnées des infirmiers concernés :

Cédant :

Prenant :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lieu d'exercice de référence (adresse du cabinet):

Lieu d'exercice de référence (adresse du cabinet) :

N° Assurance Maladie :

N° Assurance Maladie :

Motif :

- Infirmier/ cabinet cédant dans l'incapacité de prendre en charge le patient:
- Maladie/maternité :
- Autre cas, préciser : PRADO/ DIALYSE/ nutrition entérale ou para entérale

Type de dérogation :

- Plusieurs patients
- Individuelle, préciser les coordonnées du patient concerné :

Patient :

Assuré si différent patient :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

N° sécurité sociale :

N° sécurité sociale :

- Autre, préciser :

Durée :

Date de fin de prise en charge dérogatoire des indemnités horokilométriques :

Fait à : _____ le _____

Signature de l'infirmier cédant :

Signature de l'ensemble des infirmiers cédants (dans le cadre d'un cabinet) :

Signature de l'infirmier prenant et ou cabinet prenant:

Formulaire à adresser à l'adresse suivante : derogationIK.cpam-territoire-de-belfort@assurance-maladie.fr