

Annexe 1- Formulaire de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche, à adresser à la Caisse de rattachement (CPAM ou autre régime) antérieurement au démarrage des soins.

FORMULAIRE DE DEROGATION A LA REGLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE LE PLUS PROCHE <i>à remplir par l'infirmier <u>prenant</u> en charge les soins</i>	
Coordonnées des infirmiers concernés :	
<p style="text-align: center;"><u>Cédant:</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lieu d'exercice de référence :</p> <p>N° ADELI :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Prenant:</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lieu d'exercice de référence :</p> <p>N° ADELI :</p>
<p>Motif :</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier cédant surchargé</p> <p><input type="checkbox"/> Congés</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie/maternité</p> <p><input type="checkbox"/> Autre cas, préciser :</p> <p>.....</p>	
<p>Type de dérogation :</p> <p><input type="checkbox"/> Plusieurs patients</p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle, préciser les coordonnées du patient concerné :</p>	
<p style="text-align: center;"><u>Patient:</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>N° sécurité sociale :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Assuré si différent:</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>N° sécurité sociale :</p>
<p><input type="checkbox"/> Autre, préciser :</p>	
<p>Durée : ou date de fin prévue :</p>	
<p>Date : Fait à :</p> <p>Signature :</p>	
<p>Adresse électronique d'envoi du formulaire rempli pour un patient rattaché à la CPAM de Haute-Savoie : ugpni.annecy.cpam-haute-savoie@assurance-maladie.fr</p>	