

1<sup>ère</sup> visite de Jack Maillard chez le Dr Bataille le 3 février 2009

Jack Maillard et le docteur Bataille ne s'étaient jamais vus avant ce 3 février 2009

CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

4, rue du 11 Novembre - 83310 COGOLIN  
Tél. Cabinet : 04 94 54 79 79  
Fax : 04 94 54 79 80

Le 3/2/09.

Docteur Geneviève ROASIO

Diplômée de la Faculté de Médecine de Marseille  
Tél. Domicile : 04 94 56 24 29

Consultations :  
Tous les jours excepté Mercredi après-midi  
N° 83 1 05298 0 1 20 1

Docteur Anouck BATAILLE

Diplômée de la Faculté de Nice  
Conventionnée

N° 83 1 04680 0

4, rue du 11 Novembre - 83310 COGOLIN  
Tél. : 04 94 54 79 79

Consultations sur Rendez-vous

N° NAIUANO Jacopo

JND épais ~~droite~~ gauche  
pour myotomie fonctionnelle  
suite trauma il ya 1 mois ;  
suspension de déchirure corpe des  
rotateurs -

Vendredi 6 Février  
14<sup>h</sup>  
Clinique Les Jauries  
St Raphaël  
04 94 51 81 84.

CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

4, rue du 11 Novembre - 83310 COGOLIN

Tél. Cabinet : 04 94 54 79 79

Fax : 04 94 54 79 80

le 3/11/09

Docteur Geneviève ROASIO

Diplômée de la Faculté de Médecine de Marseille

Tél. Domicile : 04 94 56 24 29

Consultations :

Tous les jours excepté Mercredi après-midi

N° 83 1 05298 0 1 20 1

Docteur Anouck BATAILLE

Diplômée de la Faculté de Nice

Conventionnée

N° 83 1 04680 0

4, rue du 11 Novembre - 83310 COGOLIN

Tél. : 04 94 54 79 79

Consultations sur Rendez-vous

M. NAUAND Jack

- ① Codolprave : 2 mat mardi  
et soir tout que douleurs arth.
- ② Mexxer 100 : 1 mal 106  
arth.

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
 inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

**Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire**

<b>L'assuré(e)</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	BATAILLARD
prénom	Jack
n° d'immatriculation	1391272132010/77
<b>Le bénéficiaire</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	BATAILLARD
prénom	Jack
date de naissance	19121939
adresse de l'assuré(e)	129 Allée des cyprès Boulevard de Fon Nolmer 8310 COGOLIN

**Identification du médecin traitant**

<b>cachet du médecin ou de l'établissement (*)</b> <i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i>	<b>nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)</b> <i>(en majuscules)</i>
<p><i>Dr. BATAILLE Anouk</i> 4 rue du 11 Novembre 83310 COGOLIN 83 1 04 880 0</p>	nom: Bataille
	prénom: Anouk
	<b>n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas</b>
	831048800

(\*) centre de santé, établissement ou service médico social

**Déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant**

Le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

<b>Bénéficiaire</b> <i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)</i>	<b>Médecin traitant</b>
Je soussigné(e), M., Mme, Melle	Je soussigné(e), Docteur Bataille
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

03022009

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.