



L'Automne  
*comme je l'aime*

Résidence LE TRAICT

## Déclaration de choix

Je soussigné(e)....., déclare choisir :

**Médecin Traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Kinésithérapeute :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Pédicure :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Dentiste :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Pharmacie :**

Pharmacie **Du Paquebot** conventionnée avec la Résidence

Pharmacie Autre :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

*L'établissement prend **en charge les dispositifs médicaux** dont la liste est fixée par arrêté (exemple : fauteuil-coussin-déambulateur) (cf : liste affichée à l'accueil)*

**Aussi, tout achat individuel en direct de dispositifs médicaux ne pourra être remboursé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ni par l'établissement.**

Cette déclaration peut-être révoquée à tout moment.

A Saint-Nazaire le : .....

Signature :

Résidence LE TRAICT  
18, boulevard Wilson  
44600 SAINT-NAZAIRE  
T : 02 40 00 51 60  
F : 02 40 00 51 99  
resid.letraict@asso-automne.fr  
[www.asso-automne.fr](http://www.asso-automne.fr)

Groupe L'AUTOMNE  
1, rue Victor Hugo BP 42  
44550 MONTOIR-DE-BRETAGNE  
T : 02 40 45 46 47  
F : 02 40 45 47 00

[www.asso-automne.fr](http://www.asso-automne.fr)