

NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE N°501

DECLARATION D'INCIDENT ET DE CHANGEMENT D'ADRESSE INDIVIDUELLE

1. NUMERO DE CONTRAT STRUCTURE

Le numéro de contrat est facultatif. Si toutefois vous connaissez ce numéro, vous pouvez le mentionner.

2. IDENTIFICATION DE L'ABONNÉ

La structure est l'établissement qui demande à être sous contrat.

Les numéros SIREN/SIRET et FINESS géographique sont disponible sur le site <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>.

3. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (titulaire du produit, représentant légal ou mandataire)

Champs relatifs à la personne qui déclare l'incident.

4. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

- Identification de la personne concernée par l'incident ou le changement d'adresse (si différente du demandeur) :

Champs relatifs à la personne qui subit l'incident (si différente du demandeur).

- Identification de l'incident

Indiquez le motif de l'incident.

- Changement d'adresse de livraison de la carte

Indiquez une nouvelle adresse de correspondance si cette dernière est modifiée suite à l'incident.

Veillez à bien joindre une photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité du demandeur.

Le demandeur doit **signer** et **dater** ce formulaire.

Ce formulaire et les pièces jointes associées sont à renvoyer :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :
ASIP Santé - Service Relations Clients
BP 80210
86963 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL Cedex
- Soit par email à : monserviceclient.cartes@asipsante.fr

¹ Les professions actuellement gérées par le Répertoire Partagé des Professionnels de santé de l'ASIP Santé (RPPS) sont les suivantes : sage-femme, médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien. Pour ces professions, l'adresse d'envoi est automatiquement mise à jour à partir des données contenues dans le RPPS. Pour toute modification ces professionnels de santé doivent se rendre au guichet de leur Ordre professionnel.