

Besoin d'un
renseignement ?
contactez-nous au :
0969 32 2000

MODIFICATION(S) DEMANDÉE(S) PAR LE SALARIÉ

NOM: _____
Prénom(s): _____
N° de Sécurité sociale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RAPPEL

Toute radiation de
bénéficiaire doit être signalée
avant la date effective
souhaitée.
A réception de cette fiche,
une nouvelle carte de tiers
payant est adressée si
nécessaire

Changement d'adresse :

NOM: _____
Prénom(s): _____
Adresse: _____
Code postal: |_|_|_|_|_| Ville: _____

Ajout / changement d'un RIB prestations

Joindre le(s) RIB et préciser le(s) bénéficiaire(s) concerné(s) :

Ajout d'un bénéficiaire à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Radiation d'un bénéficiaire à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre une copie de l'attestation de droits associée à la carte vitale pour le nouveau bénéficiaire
assuré social à titre personnel

NOM - PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

(1)

Conjoint, concubin ou partenaire de PACS

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Enfant(s) et/(ou autre(s) personne(s) à charge (2)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(1) POUR VOS REMBOURSEMENTS, AFIN DE VOUS ÉVITER UNE DÉMARCHE ADMINISTRATIVE SUPPLÉMENTAIRE, NOUS UTILISERONS LES ÉCHANGES PAR TÉLÉTRANSMISSION AVEC VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. DANS LE CAS OÙ VOUS SOUHAITEZ VOUS Y OPPOSER (AUTRE MUTUELLE OU CHOIX PERSONNEL), VOUS DEVREZ ALORS ATTENDRE LA RÉCEPTION DU DÉCOMPTÉ DE VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET NOUS L'ENVOYER ENSUITE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS. DANS CE CAS, ET UNIQUEMENT DANS CE CAS VOUS DEVEZ COCHER LA CASE.

(2) SI VOUS AVEZ PLUS DE 3 BÉNÉFICIAIRES, MERCI D'INDIQUER L'ENSEMBLE DES ÉLÉMENTS DEMANDÉS DANS LE TABLEAU SUR UNE FEUILLE ANNEXE.

Fait à: _____
Date: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Signature **obligatoire** du salarié