

# FORMULAIRE DE DROIT D'OPTION DU REGIME COMPETENT POUR SERVIR LES PRESTATIONS EN NATURE\* DES ASSURES POLYACTIFS\*\*

Vous exercez simultanément plusieurs activités relevant de plusieurs régimes. Sur demande expresse de votre part, vous pouvez opter pour la prise en charge de vos soins par le régime de votre choix à l'aide de ce formulaire. <sup>1</sup>

\*remboursement de vos soins (pharmacie, consultations, hospitalisation...)

\*\*assurés affiliés à une pluralité de régimes pour le risque maladie / maternité (RSI, RG, régimes spéciaux et exploitants MSA).



<b>1. DONNEES PERSONNELLES</b>
Numéro de sécurité sociale (NIR) : ..... Nom(s) : ..... Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) ... / ... / ..... Prénom(s) : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Courriel : .....

<b>2. INFORMATION CONCERNANT LA SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Activité salariée ou Régime Spécial</b>  Nom du ou des employeur(s) : Employeur 1 : ..... Employeur 2 : ..... Employeur 3 : .....  Date d'embauche : Employeur 1 : (JJ/MM/AAAA) ... / ... / ..... Employeur 2 : (JJ/MM/AAAA) ... / ... / ..... Employeur 3 : (JJ/MM/AAAA) ... / ... / .....	<input type="checkbox"/> <b>Activité indépendante</b> A préciser : .....  <input type="checkbox"/> <b>Exploitant agricole</b>

<b>3. REGIME ACTUEL (SERVANT LES PRESTATIONS EN NATURE*)</b>
Je bénéficie actuellement du versement de mes prestations en nature auprès du régime suivant :  <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Régime spécial (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> MSA

<b>4. CHOIX DU NOUVEAU REGIME (SERVANT LES PRESTATIONS EN NATURE*)</b>
Je choisis dorénavant de bénéficier du versement de mes prestations en nature auprès du régime suivant :  <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Régime spécial (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> MSA

<b>5. MEMBRE DE LA FAMILLE (CONJOINT/ENFANTS) QUE VOUS SOUHAITEZ PRENDRE EN CHARGE SUR VOTRE COMPTE</b>			
Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale si connu

Par ma signature, j'atteste sur l'honneur que toutes les informations sont conformes à la réalité.

Mon espace personnel sur ameli.fr n'est pas encore ouvert et j'en demande l'ouverture.

Lieu :

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration
Date de modification de régime : (JJ/MM/AAAA) ... / ... / .....

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313- 1à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

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

<sup>1</sup> Décret n° 2015-877 du 16 juillet 2015 relatif aux règles d'affiliation des personnes relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale