



DÉCLARATION CHANGEMENT DE SITUATION

entraînant un changement
de caisse primaire d'affiliation ou de centre de paiement

42 bis, rue d'Ulm
75005 PARIS
ou
43 rue Jaboulay
69349 LYON cedex 07
sécurité sociale Centre 505

ASSURE(E)

Situation familiale

Monsieur Madame Mademoiselle

N° Sécurité sociale :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Clé

Prénoms :

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

N° de département :

Nom usuel :

Nationalité :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse actuelle précise

N° : Voie :

Complément d'adresse :

Commune :

Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

Adresse précédente (le cas échéant) :

Situation professionnelle actuelle

Ministère :

Date d'embauche :

Nature de l'emploi :

Titulaire Stagiaire Autre :

Nom et adresse de l'établissement d'exercice :

Situation professionnelle antérieure

Nom et adresse de l'Employeur :

Nature de l'emploi :

Du

au

Sans emploi Etudiant(e)

Du

au

Nom et adresse de la caisse précédente vous versant vos prestations de Sécurité sociale :

Informations complémentaires

Avez-vous déclaré votre Médecin traitant : Non Oui lequel :

Dépt. :

Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis

Etes-vous pris en charge à 100% pour maternité : Non Oui depuis

CONJOINT(E) à rattacher à votre Sécurité sociale

Monsieur Madame Mademoiselle

N° Sécurité sociale :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Clé

Prénoms :

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

N° de département :

Nom usuel :

Nationalité :

Situation professionnelle : Salarié(e) Employeur :

Sans emploi Etudiant(e) Autre :

Nom et adresse de la caisse précédente versant les prestations de Sécurité sociale :

ENFANT(S) à charge

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

A **Signature de l'assuré(e) :**

le

Déclaration en vue du rattachement des membres de la famille des assurés pour le bénéfice de l'assurance maladie et maternité

D'un commun accord, les parents désignés (au recto) déclarent que l'ensemble de leurs ayants droit est rattaché pour le bénéfice de l'assurance maladie et maternité à la caisse ou à l'organisme :

du père de la mère

les intéressés déclarent avoir connaissance du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause.

Fait à : le :

Nom et signature du père

Nom et signature de la mère

IMPORTANT : (1.) inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules, (2.) inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)
 (3.) Merci d'adresser la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie :

Adresse retour : MED. TRAITANT MUT. EDUC. - ADRESSE DE L'AGENCE LOCALE AU DOS DU DOCUMENT

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

L'assuré(e)

nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

n° d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexe Année Mois Dépt. N° com. N° ordre nais. Clé

Le bénéficiaire

nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Jour Mois Année

adresse de l'assuré(e)

Identification du médecin traitant

cachet du médecin ou de l'établissement (*)

(ou nom, prénom et adresse en majuscules)

nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)

(en majuscules)

nom

prénom

n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dép. n° ordre clé

(*) 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

Bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	Médecin traitant
Je soussigné(e), Mme, Melle, M.	Je soussigné(e), Docteur
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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Veuillez préciser votre mutuelle et votre agence :

MAGE

Agence (ville) : _____
 (adresse d'envoi au verso)

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre Mutuelle.
 Voir adresse retour au verso.

Adresses retour de l'imprimé
A remettre au service du choix du médecin traitant

Agences principales

Paris pour Ile-de-France

MAGE, 42 bis, rue d'Ulm 75005 PARIS
Tél. 01 44 07 26 26
Horaires de 9h à 17h sans interruption

Besançon pour l'Est

MAGE, 24, rue Ronchoux 25000 Besançon
Tél. 03 81 81 24 48
Lundi ouverture à 10h

Grenoble pour les Alpes (dépt. 38, 73, 74)

MAGE, 15, rue St Joseph
38028 Grenoble Cedex 1
Tél. 04 76 87 99 66

Lyon pour le Rhône et autres régions

MAGE, Accueil : 15, rue Bancel - Lyon 7^e
Courrier : 43, rue Jaboulay 69349 Lyon Cedex 07
Tél. 04 72 71 23 45

Points Info

Clermont-Ferrand

MAGE, 63 boulevard Côte Blatin
63038 Clermont-Ferrand Cedex 1

Dijon

MAGE, 11 ter, boulevard Voltaire
21000 Dijon

Tours

MAGE, 4, rue Chanoineau 37000 Tours

La Rochelle

MAGE, "Le Gabut" 3 passage du Drakkar
17000 La Rochelle

Belfort

MAGE, 3, rue Metz-Juteau 90000 Belfort

Chambéry

MAGE, 123, rue Michaud 73000 Chambéry

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

COMMENT FAIRE CONNAÎTRE VOTRE CHOIX À VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", **le médecin** appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."

› [Pièces à fournir et documents à compléter pour être rattaché au centre 505](#)

- Déclaration de changement de situation
- Choix du médecin traitant
- Photocopie de votre carte Vitale
- Photocopie de votre attestation Vitale
- RIB
- Photocopie de votre dernier bulletin de salaire ou du Procès Verbal d'installation ou de l'arrêté de nomination ou du titre de pension pour les retraités
- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie du livret de famille si l'affiliation comprend des ayants droit.

› [Informations relatives à l'affiliation](#)

Changement de centre :

Aucune démarche n'est à faire auprès de votre ancien centre de gestion, votre dossier sera transféré en interne.

Carte Vitale :

En cas de changement de carte Vitale, vous recevrez à votre domicile la nouvelle carte, environ trois semaines après l'enregistrement de votre demande d'affiliation. N.B : En cas de dépenses de santé pendant ce délai, le praticien utilisera des feuilles de soins papiers que vous nous adresserez pour remboursement.

Date d'effet de la couverture :

Votre affiliation est effective à la date de signature de la déclaration de changement de situation ou antérieure à la date de l'acquisition du statut de fonctionnaire.

Ces documents sont à adresser à votre centre de gestion sécurité social, selon votre lieu d'affectation, soit :

à Paris	dans le Rhône
MAGE centre 505 42 bis, rue d'Ulm 75005 PARIS tél. 01.44.07.26.26 E-mail : mage@mage.fr	MAGE centre 505 43, rue Jaboulay 69349 Lyon Cedex 07 tél. 04.72.71.23.45 E-mail : mage69@mage.fr