



CHANGEMENT POUR SOINS VERS L'OPTION 1 SWITCH TO OPTION 1 FOR CARE CAMBIO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA OPCIÓN 1 MUDANÇA PARA CUIDADOS NA OPÇÃO 1

formulaire form f
9

À RETOURNER AU SIEGE DE L'EMI
TO RETURN TO IMS HEADQUARTERS
PARA VOLVER A LA SEDE DE LA AMI
PARA VOLTAR A SEDE DA OIM

3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cédex 06 - France
emi@entraide-missionnaire.com

Exceptionnellement, un changement d'Option pour soin est possible (limité à l'Option 1, pour 2 ans minimum).
In exceptional circumstances, a change of care Option is possible (limited to Option 1, for a minimum of 2 years).
De forma excepcional, é possível cambiar de opción de asistencia (limitado a la Opción 1, por un mínimo de 2 años).
A título excepcional, é possível alterar a Opção de cuidados (limitado à Opção 1, por um período mínimo de 2 anos).

La demande est soumise à la commission du Fonds Social niveau 2. / The application is submitted to the Level 2 Social Fund Committee. / La solicitud se somete a la comisión del Fondo Social de nivel 2. / O pedido é submetido à comissão do Fundo Social de nível 2.

Après examen de la demande, de la prise en compte de l'avis du médecin MSH et des compléments d'informations éventuels, la commission statuera. En cas de décision favorable, le Groupe s'engage à inscrire le membre au moins 2 ans à l'Option 1.

After reviewing the application, taking into account the opinion of the MSH doctor and any additional information, the committee will make a decision. If the decision is favourable, the Group undertakes to enrol the member in Option 1 for at least 2 years.

Tras examinar la solicitud, tener en cuenta el dictamen del médico de MSH y cualquier información complementaria, la comisión tomará una decisión. En caso de decisión favorable, el Grupo se compromete a inscribir al afiliado en la Opción 1 durante al menos 2 años.

Após análise do pedido, tendo em conta o parecer do médico da MSH e eventuais informações complementares, a comissão tomará uma decisão. Em caso de decisão favorável, o Grupo compromete-se a inscrever o membro na Opção 1 por um período mínimo de 2 anos.

Groupe EMI n° / IMS Group n° Grupo AMI n° / OIM Grupo n°		<input type="text"/>	-	0	<input type="text"/>
Nom du Responsable de Groupe Surname Apellido Sobrenome	<input type="text"/>	Prénom du Responsable de Groupe First name Nombre Nome	<input type="text"/>		

N° de matricule du membre / Registration n° Número de matrícula / Número de registro	<input type="text"/>				
Option actuelle Current option Opción actual Opção atual	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Pays de résidence Country of residence País de residencia País de residência	<input type="text"/>	
Date d'effet souhaitée pour l'Option 1 Desired effective date for Option 1 Fecha de entrada en vigor prevista para la Opción 1 Data de entrada em vigor pretendida para a Opção 1			<input type="text"/>		
Pays de soin envisagé Country where treatment is planned País en el que se prevé recibir el tratamiento País onde se pretende receber os cuidados	<input type="text"/>				
Dates de début des soins Start date of treatment Fechas de inicio del tratamiento Datas de início dos cuidados	<input type="text"/>		Durée prévue des soins Expected duration of treatment Duración prevista del tratamiento Duração prevista dos cuidados	<input type="text"/>	
Pathologie et traitement prévu* Condition and proposed treatment Patología y tratamiento previsto Patologia e tratamento previsto	<input type="text"/>				
<small>* Le dossier médical est à adresser au médecin MSH / Please send the medical records to the MSH doctor El historial médico debe enviarse al médico de MSH / O processo médico deve ser enviado ao médico da MSH : medical@msh-intl.com</small>					
Les soins peuvent-ils être réalisés dans le pays de résidence ? Can treatment be provided in the country of residence? ¿Se puede recibir la asistencia sanitaria en el país de residencia? Os cuidados de saúde podem ser prestados no país de residência?	<input type="checkbox"/>	OUI / YES / SÍ / SIM	<input type="checkbox"/>	NON / NO / NÃO	

Complément d'information du Groupe Further information from the Group Información adicional del Grupo Informações adicionais do Grupo	<input type="text"/>
---	----------------------

Date / Dated / Fecha / Datado	<input type="text"/>
Signature du/de la responsable de Groupe Signature of the Head of Group Firma del Jefe de Grupo Assinatura do Chefe do Grupo	<input type="text"/>