



# Déclaration d'un incident ou d'un changement d'adresse de livraison F501

## 1. Objet du formulaire

À l'aide de ce formulaire, le titulaire de moyens d'identification électronique (carte de la famille CPS et codes confidentiels ou certificat logiciel) ou son mandataire, peut déclarer :

- un incident survenu relatif à ces moyens d'identification électronique ;
- un changement d'adresse à titre individuel, pour l'envoi de la carte et des codes confidentiels (excepté pour les PS gérés par le RPPS <sup>(1)</sup>).

Sont qualifiés d'incidents les événements suivants : vol, perte, non-réception ou dysfonctionnement des moyens d'identification électronique.

De la même façon, le « Représentant légal » d'une structure signataire du contrat d'adhésion de moyens d'identification électronique (« le Client »), ou ses mandataires, peuvent utiliser ce formulaire pour eux-mêmes ou pour les salariés de la structure.

## 2. Numéro de contrat d'adhésion

N° Contrat

(Si vous connaissez le numéro de contrat d'adhésion existant, veuillez le mentionner ici.)

## 3. Identification du Client

Dénomination de la structure

FINESS

(uniquement pour les structures prenant en charge des patients/usagers)

ou N° SIRET

Code postal

Commune

## 4. Identification du demandeur (titulaire, représentant légal ou mandataire)

Civilité

M.

Mme

Nom de famille

Prénom(s)

Numéro de la dernière carte active

!

Numéro d'identification du demandeur (n° RPPS, n° étudiant ou n° de matricule)

Téléphone

E-mail professionnel

(1) Pour les profession RPPS, l'adresse d'envoi est automatiquement mise à jour à partir des données contenues dans le RPPS.

Pour toute modification de coordonnées, les professionnels de santé à ordre (chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, médecin, pharmacien, pédicure-podologue, sage-femme), doivent se rendre au guichet de leur Ordre professionnel.

Pour les autres professions à enregistrement par les ARS, les professionnels doivent se rendre sur leur portail d'enregistrement eRPPS afin de modifier leur coordonnées.

Pour plus d'informations, veuillez consulter cette page : <https://esante.gouv.fr/produits-services/jobtiens-mon-identite-numerique-numero-rpps>

## 5. Description de l'évènement

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

Civilité	M.	Mme
Nom de famille		
Prénom(s)		
Numéro d'identification du demandeur (n° RPPS, n° étudiant ou n° de matricule)		
Téléphone		
E-mail professionnel		

### Identification de l'incident

Produit concerné	Carte	Certificat logiciel	Codes confidentiels <i>(uniquement si vous souhaitez la réception de vos codes)</i>
Type de carte & Numéro de la dernière carte active	CPS	CDE / CPE	CDA / CPA
Type de certificat & Nom de domaine	SSL	SMIME	CONF
Type d'incident	Vol Dysfonctionnement →	Perte	Non réception Carte hors tension Problème de révocation du certificat Certificat ne fonctionne pas Raison inconnue

### Changement d'adresse de livraison de la carte

<b>Adresse professionnelle</b> (les cartes CDE/CPE et CDA/CPA et leurs codes sont envoyés à l'adresse du lieu d'exercice)	<b>Adresse personnelle</b> (uniquement pour les CPS, excepté pour les professions gérées par le RPPS <sup>(1)</sup> )
---	---

### Nouvelle adresse de livraison :

Dénomination de la structure			
Mention complémentaire			
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune
	Pays		

## 6. Pièces justificatives à joindre

- 📍 Photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité (recto & verso) française/européenne, passeport européen, permis de conduire, carte de séjour ou de résident.

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date

Nom, prénom et signature du demandeur

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté, accompagné du justificatif d'identité du demandeur** à l'adresse e-mail suivante :

[monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr](mailto:monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr)

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.