



n° 12504*0(

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Grâce à ce formulaire, vous n'avez qu'une seule démarche à faire pour solliciter la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou l'Aide pour une complémentaire santé (ACS). Vous n'avez pas à choisir entre la CMU-C et l'ACS. Les droits qui peuvent vous être accordés dépendent du montant de vos ressources.

Vous y trouverez :

- La liste des pièces justificatives à produire : page 2
- Les informations à renseigner concernant :
 - ▶ la composition de votre foyer : page 3,
 - ▶ les situations particulières liées au RSA : page 4,
 - ▶ les ressources de votre foyer : pages 5 et 6,
 - ▶ le choix de l'organisme chargé de gérer la CMU-C : pages 7 et 8.

(Pour le choix de l'organisme complémentaire, auprès duquel vous pourrez faire valoir votre droit à l'ACS, toutes les informations vous seront données à l'issue de l'instruction de votre dossier.)

Vous désirez des informations complémentaires,

Vous souhaitez nous rencontrer,

Vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie :



appelez le **3646** (numéro valable pour la Métropole, prix d'un appel local depuis un poste fixe)
ou consultez les sites :
www.ameli.fr



www.msa.fr



www.rsi.fr

Vous pouvez également vous adresser à la mairie, aux services sociaux, à une association et consulter le site www.cmu.fr

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire

ou

d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER POUR VOUS-MEME ET POUR LES MEMBRES MAJEURS DE VOTRE FOYER :

Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible.

Votre identité	Quelle que soit votre nationalité	Votre carte d'identité ou votre passeport...
La régularité de votre séjour	Si vous êtes ressortissant d'un état hors l'UE/EEE (*) et la Suisse	Toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour en cours de validité, récépissé de votre demande de titre, convocation ou rendez-vous en préfecture...
La stabilité de votre résidence	Si vous déposez une première demande de CMU-C ou d'ACS	Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois. Par exemple : bail de location, quittances de loyer, factures d'énergie consécutives, certificat d'hébergement et carte d'identité de l'hébergeant, certificat de scolarité ou d'inscription universitaire...
	Si vous déposez une demande de renouvellement de CMU-C ou d'ACS	Toute pièce justifiant que vous résidez de façon permanente en France ou que vous avez séjourné en France pendant plus de six mois au cours des douze mois précédents. Par exemple : avis d'imposition ou de non-imposition, factures d'énergie consécutives, certificats de scolarité des enfants...
Votre foyer et vos ressources	Si vous avez des personnes à charge	Votre livret de famille tenu à jour ou votre certificat de concubinage ou l'attestation d'enregistrement d'un PACS.
	Pour justifier les ressources du foyer déclarées en pages 5 et 6 (pour toute personne du foyer quel que soit son âge)	<p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avis d'imposition ou de non imposition. <p>En fonction de votre situation :</p> <p>1) pour les douze derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bulletins de paie, - attestations d'indemnités de chômage, de versement d'allocations, - justificatifs de pensions et des sommes versées par les organismes de prévoyance ou complémentaire (imposables ou non), <p>2) les derniers documents dont vous disposez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déclaration de revenus et ses annexes à l'administration des impôts, - avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation, - attestation des banques concernant les revenus d'épargne, - tout autre justificatif de toutes ressources perçues en France ou à l'étranger...
	Si vous avez demandé le RSA socle et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA socle jeune (cf. page 4)	<p>L'(les)attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement).</p> <p>Pour le demandeur ou le bénéficiaire du RSA socle jeune, joindre une demande individuelle de CMU-C si elle n'a pas déjà été faite.</p>
	Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s).

IMPORTANT : pensez à remplir, pages 7 et 8, la rubrique "le choix de l'organisme complémentaire - CMU-C" pour que votre demande soit complète. A défaut, votre droit ne pourra pas être étudié.

(*) Les états de l'UE/EEE sont les suivants :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.



n° 12504*0(

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Le droit à la CMU-C ou à l'ACS est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Votre foyer est composé de vous-même, de votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et des autres personnes, de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui :

- vous sont rattachés fiscalement,
- ou vivent sous votre toit,
- ou perçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).

Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants de 24 ans habite chez vous et a un enfant.

Complétez toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

■ Vous-même

Vos nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) : _____

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) : _____

Votre date de naissance : _____

Votre nationalité : française Union Européenne/Espace Economique Européen/Suisse autre

Votre adresse : _____ Adresse mail : _____

Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

■ Votre situation familiale

célibataire marié(e) en concubinage pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf ou veuve

depuis le : _____

■ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de Sécurité sociale (s'il en a un) : _____

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) : _____

Sa date de naissance : _____

Son organisme d'assurance maladie : _____

Sa nationalité : française Union Européenne/Espace Economique Européen*/Suisse autre

■ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue (y compris les bénéficiaires du RSA socle jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Résidence alternée (2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de l'EEE ou UE, ou Suisse, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en résidence alternée.

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire

ou

d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

SITUATIONS PARTICULIERES LIEES AU RSA

▪ **Les jeunes majeurs de votre foyer, bénéficiaires ou demandeurs du RSA socle ***

Si l'un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et qu'il bénéficie du RSA socle (c'est-à-dire du montant forfaitaire du RSA) ou en a fait la demande en déclarant des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire, cochez les cases correspondant à sa situation et joignez une copie de l'attestation de la demande de RSA délivrée par la CAF ou la MSA.

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA socle	A déjà fait une demande de CMUC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Le jeune compte dans votre foyer pour déterminer le montant du plafond de ressources applicable. Toutefois, si votre foyer ne peut pas bénéficier de la CMU-C, la demande du jeune pourra être étudiée individuellement au titre du RSA socle.

▪ **Vous-même, bénéficiaire ou demandeur du RSA socle**

Vous n'avez pas à remplir la déclaration de ressources (pages 5 et 6) si vous vous trouvez dans l'un des deux cas suivants : (cochez alors la case correspondante) :

- Vous bénéficiez du RSA socle.
- Vous avez déposé une demande de RSA et vous disposez d'une attestation de la CAF ou de la MSA indiquant que vous avez déclaré des ressources présumées inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA (attestation à joindre).

Passer à la page 6 pour dater et signer le formulaire et pensez à compléter la rubrique "le choix de l'organisme complémentaire chargé de gérer votre CMU-C" (pages 7 et 8).

Si vous n'êtes pas dans l'un de ces deux cas (bénéficiaire ou demandeur du RSA socle), vous devez remplir la déclaration de ressources (pages 5 et 6).

LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER DES DOUZE DERNIERS MOIS PRECEDANT LA DEMANDE

Certaines ressources perçues ne doivent pas être déclarées en pages 5 et 6 (articles L. 861-2 et R. 861-10 du Code de la sécurité sociale). Il s'agit des ressources suivantes :

- ▶ le revenu de solidarité active (RSA)
- ▶ l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, sa majoration et ses compléments
- ▶ l'allocation de rentrée scolaire
- ▶ la prestation d'accueil du jeune enfant, à l'exception du complément de libre choix d'activité et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant qui doivent être déclarés
- ▶ les bourses d'études des enfants sauf les bourses de l'enseignement supérieur qui doivent être déclarées
- ▶ les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique
- ▶ les primes de déménagement versées par l'organisme servant les prestations familiales
- ▶ la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation et l'allocation compensatrice
- ▶ l'allocation personnalisée d'autonomie
- ▶ les prestations en nature d'assurance maladie, maternité, invalidité ou accident du travail (remboursement des frais de soins par la sécurité sociale)
- ▶ les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées pour assurer le remplacement des personnes non salariées dans leur activité à l'occasion de leur maternité ou de leur congé de paternité
- ▶ l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail
- ▶ la prime de rééducation et le prêt d'honneur aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- ▶ les frais funéraires versés en cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- ▶ le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale
- ▶ les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation
- ▶ l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord (allocation différentielle ou allocation de préparation à la retraite), l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER DES DOUZE DERNIERS MOIS PRECEDANT LA DEMANDE

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources imposables ou non, perçues en France ou à l'étranger, ou versées par une organisation internationale et dont votre foyer a disposé au cours des douze derniers mois précédant votre demande (par exemple, pour une demande établie en mars 2015, indiquez les ressources perçues du 1er mars 2014 au 28 février 2015).

Vous devez renseigner les pages 5 et 6 pour chaque personne de votre foyer ayant des ressources. Si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre.

Afin de simplifier le remplissage, vous n'avez pas à déclarer les montants de certaines ressources dont dispose déjà votre caisse. Il vous suffit de cocher les cases correspondantes.

Concernant le logement, un montant forfaitaire sera pris en compte dans vos ressources si vous êtes propriétaire ou si vous occupez un logement gratuitement ou si vous êtes locataire avec une aide personnelle au logement.

Certaines ressources ne doivent pas être déclarées (voir la liste page 4).

Toutes les rubriques doivent être renseignées pour que votre demande soit prise en considération.

► Précisez cette période des douze derniers mois :

du ____ ____
mois année

au ____ ____
mois année

► Indiquez le montant cumulé au cours de ces douze mois

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 ► Salaires et traitements nets (y compris les contrats de solidarité et les revenus de stage de formation, les congés payés...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
2 ► Revenus non salariés				
• Votre revenu professionnel tel que déclaré pour le calcul de vos cotisations sociales ou votre dernier bénéfice agricole forfaitaire connu	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Si vous n'avez pas fait de déclaration, indiquez les revenus professionnels de l'année dernière et joignez un justificatif	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Etes-vous auto-entrepreneur ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
3 ► Allocations de chômage (aide pour le retour à l'emploi, autre...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
4 ► Percevez-vous actuellement ou avez-vous perçu des indemnités journalières au cours des douze derniers mois ? (maladie, maternité, accident du travail/ maladie professionnelle)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
5 ► Pensions, retraites et rentes de base ou complémentaires imposables ou non	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres allocations imposables ou non (invalidité, veuvage, AAH...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
6 ► Percevez-vous actuellement ou avez-vous perçu des allocations familiales au cours des douze derniers mois ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Percevez-vous une aide au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
7 ► Ressources reçues ou perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Avantages en nature, sommes d'argent versées par un tiers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aide financière versée régulièrement par une institution, gains au jeu, bourse de l'enseignement supérieur...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER DES DOUZE DERNIERS MOIS PRECEDANT LA DEMANDE (suite)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
8 ▶ Revenus du patrimoine (location de biens mobiliers ou immobiliers bâtis ou non bâtis...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
▶ Revenus des capitaux (revenus d'épargne, plan d'épargne populaire, revenus de valeurs mobilières, autres...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
▶ Ressources placées qui ne vous ont pas apporté de revenus au cours des douze derniers mois (assurance vie...)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
9 ▶ Possédez-vous un terrain qui n'est pas loué ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Possédez-vous un logement qui n'est pas loué ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Etes-vous propriétaire de votre logement ou êtes-vous logé gratuitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
10 ▶ Etes-vous au chômage total ou partiel au moment de la demande ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Etes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été au cours des douze derniers mois pour une maladie de longue durée ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Percevez-vous actuellement l'allocation de solidarité spécifique ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Percevez-vous actuellement l'allocation temporaire d'attente ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Etes-vous actuellement sans emploi et percevez-vous une rémunération de de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle pendant la période de référence ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
11 ▶ Pension(s) alimentaire(s) reçue(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
12 ▶ Autre(s) ressource(s) Précisez-en la nature	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
13 ▶ Pension(s) alimentaire(s) versée(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Informations :

Pour permettre l'attribution des tarifs sociaux de l'énergie, en cas d'attribution de la CMU-C ou de l'ACS, les informations vous concernant seront transmises aux fournisseurs d'énergie ou à l'organisme agissant pour leur compte. En application du décret n° 2012-309 du 6 mars 2012, vous disposez d'un droit d'opposition dans le cadre des tarifs sociaux.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L. 114-12 et L. 114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie fixe ou mobile... (articles L. 114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

En cas de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire peut être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort. Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L. 861-2-1 et L. 863-1, R. 861-15-1 à R. 861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

▶ Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.

Fait à :

Le : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Vous pouvez avoir accès et rectifier les informations vous concernant en vous adressant à votre caisse d'assurance maladie.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.

Signature

Cachet de l'organisme :

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

LE CHOIX DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE CHARGE DE GERER VOTRE CMU-C

Pour bénéficier de la CMU-C, vous devez choisir un organisme complémentaire pour vous-même et pour les membres de votre foyer en complétant les rubriques qui figurent ci-dessous. Si vos droits sont reconnus, c'est votre caisse de sécurité sociale qui transmettra l'information de votre choix à l'organisme complémentaire santé que vous aurez choisi.

Les garanties offertes par la CMU-C prendront effet, pour l'ensemble du foyer, à la date d'attribution du droit à la CMU-C. Cette date sera mentionnée sur l'attestation qui vous sera remise par votre organisme d'assurance maladie. Il transmettra cette information à l'organisme complémentaire que vous et les membres de votre foyer aurez choisi.

▪ Comment choisir le(les) organismes(s) complémentaire(s) ?

La CMU-C est servie soit par l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) figurant sur la liste des organismes participant à la CMU-C, soit par votre caisse d'assurance maladie pour le compte de l'Etat. Les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

Si vous-même ou les membres de votre foyer ne choisissez pas le même organisme complémentaire, nous vous invitons à photocopier les pages 7 et 8 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis et à les compléter ou bien à télécharger ces deux pages sur les sites www.ameli.fr, www.msa.fr, www.rsi.fr ou www.cmu.fr.

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

Votre situation actuelle

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas de complémentaire santé ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❶
<input type="checkbox"/> Vous bénéficiez d'une complémentaire santé facultative qui ne figure pas dans la liste des organismes participant à la CMU-C : si votre droit à la CMU-C est prononcé, vous devrez résilier votre contrat actuel (avec effet immédiat) ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❶
<input type="checkbox"/> Vous bénéficiez d'une complémentaire santé facultative qui figure dans la liste des organismes participant à la CMU-C : si votre droit à la CMU-C est prononcé, vous devrez demander à votre assureur de transformer votre contrat actuel en contrat CMU-C. Il vous proposera de plus un autre contrat correspondant aux garanties antérieures excédant celles de la CMU-C, le cas échéant, que vous pourrez refuser ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❷
<input type="checkbox"/> S'il s'agit d'un renouvellement, vous pouvez choisir un autre organisme complémentaire qui figure dans la liste ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❶
<input type="checkbox"/> Vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire : vous la conservez et la CMU-C sera alors une deuxième complémentaire santé (cependant, une dispense d'adhésion à votre complémentaire santé obligatoire peut être prévue dans le cadre d'un accord au sein de votre entreprise; renseignez-vous auprès de votre employeur). ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❶

❶ Choix de l'organisme complémentaire qui gèrera votre CMU-C *(ne cocher qu'une seule case)*

<input type="checkbox"/> OPTION A Vous choisissez une prise en charge de votre protection complémentaire par l'intermédiaire de votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, vos droits aux prestations sont ouverts automatiquement pour une année ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez aux rubriques ❸ et ❹
<input type="checkbox"/> OPTION B Vous choisissez une prise en charge de votre protection complémentaire par une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurances figurant sur la liste des organismes participant au dispositif de la CMU-C. Dans ce cas, votre caisse d'assurance maladie se chargera d'informer cet organisme de votre choix et vos droits aux prestations seront alors automatiquement ouverts pour une année ▶▶▶▶▶▶▶▶	passez à la rubrique ❷
IMPORTANT : si l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la CMU-C, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un prix inférieur ou égal à un tarif préférentiel réglementé. Vous pourrez y renoncer si vos ressources vous donnent droit à l'ACS.	

Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

2 Coordonnées de l'organisme complémentaire qui gèrera votre CMU-C

(Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr")

Nom : Adresse : Code Postal : _____ Commune :	▶▶▶▶▶▶ passez aux rubriques 3 et 4
---	---

3 Personnes du foyer ayant choisi le même organisme complémentaire (y compris le demandeur de la CMU-C s'il a choisi cet organisme)

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Résidence alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (si différent du demandeur)
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en résidence alternée, cochez la case correspondante et joignez votre dernier avis d'imposition.
(Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande) ▶▶▶▶▶▶ **passez à la rubrique 4**

4 Rappel des informations concernant le demandeur de la CMU-C

(A renseigner dans tous les cas, même si le demandeur a choisi un autre organisme complémentaire)

Nom et prénoms : <i>(Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>
N° de Sécurité sociale (si vous en avez un) : _____
Code de l'organisme d'assurance maladie (il figure sur l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale) :
Date de naissance : _____
Adresse :
Code Postal : _____ Commune :

Signature

Fait à :

Le : _____

DROITS A LA CMU-C

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

du _____ au _____

Cachet de l'organisme et nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

Cachet de la caisse d'assurance maladie et coordonnées du centre gérant la couverture maladie de base