

Couverture maladie universelle complémentaire

et

Aide pour une complémentaire santé

Vous trouverez dans ce dossier tout ce dont vous avez besoin pour obtenir :

- la CMU complémentaire,

ou

- l'Aide pour une complémentaire santé,

- une présentation des deux dispositifs,
- une demande à compléter,
- la liste des pièces justificatives à joindre au dossier.

Qu'est-ce que la Couverture Maladie Universelle (CMU)?

Le droit à la Sécurité sociale pour tous :

- ▶ **c'est la CMU de base**
(pour ceux qui n'ont pas d'assurance maladie).

Une protection complémentaire à la Sécurité sociale pour les personnes dont les revenus financiers sont limités :

- ▶ **c'est la CMU complémentaire.**

▶ LA CMU COMPLÉMENTAIRE

- ▶ **La CMU complémentaire est gratuite, elle est renouvelable chaque année.**

Vous ne payez aucune cotisation.

▶ Qui y a droit?

Vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS et les personnes de moins de 25 ans à votre charge à trois conditions :

- vous habitez en France depuis plus de 3 mois ⁽¹⁾,
- vous êtes en situation régulière,
- le revenu de votre foyer ne dépasse pas un montant maximum,
par exemple: - pour un foyer d'une personne : 598,23 euros par mois ⁽²⁾,
- pour un foyer de deux personnes : 897,35 euros par mois ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Si vous résidez en France depuis moins de trois mois, vous n'avez pas droit à la couverture maladie universelle complémentaire ou à l'aide pour une complémentaire santé, sauf dans certains cas particuliers (bénéficiaires de certaines prestations familiales ou d'aide sociale, demandeur d'asile...) sur présentation de justificatifs. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.

⁽²⁾ Attention ces chiffres correspondent au total de vos revenus des 12 derniers mois divisés par 12. Ils sont valables depuis le 1^{er} juillet 2006 en Métropole et sont révisés chaque année.

▶ Quels sont vos droits?

Grâce à la protection complémentaire, vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, à la pharmacie, dans un laboratoire, à l'hôpital et chez le dentiste... Sous certaines conditions, vous ne payez plus, non plus, les prothèses et couronnes, les appareils dentaires, les verres et montures de lunettes...

▶ Chaque membre de votre foyer doit choisir l'organisme qui va gérer sa CMU complémentaire

Il peut s'agir de la caisse d'assurance maladie, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance.

Votre caisse vous remettra une liste des organismes complémentaires et un imprimé pour indiquer votre choix.

Qu'est-ce que l'aide pour une complémentaire santé ?

L'Aide pour une complémentaire santé est une réduction du montant de votre cotisation dont vous bénéficiez auprès de tout organisme de protection complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le Code des assurances ou institution de prévoyance).

▶ Qui y a droit?

Les personnes citées ci-dessus qui n'ont pas droit à la CMU complémentaire, à condition que le revenu de votre foyer dépasse de moins de 20 % le plafond fixé pour la CMU complémentaire.

- par exemple:** - pour un foyer d'une personne : 717,88 euros par mois *,
- pour un foyer de deux personnes : 1 076,82 euros par mois *.

*Attention ces chiffres correspondent au total de vos revenus des 12 derniers mois divisés par 12. Ils sont valables depuis le 1^{er} janvier 2007 en Métropole et sont révisés au 1^{er} juillet de chaque année.

▶ Quels sont vos droits?

L'Aide pour une complémentaire santé est accordée pour un an. Son montant varie selon le nombre et l'âge des personnes composant votre foyer. Si votre demande est acceptée, vous bénéficiez d'une réduction d'un montant de votre cotisation à condition que votre contrat soit individuel et respecte les règles des contrats responsables (renseignez-vous auprès de votre complémentaire santé).

Vous pouvez aussi prétendre à une dispense d'avance des frais (appelée également « tiers-payant ») pour vos consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

▶ Pour bénéficier de la CMU complémentaire ou de l'Aide pour une complémentaire santé

- ▶ **Remplissez ce dossier et adressez-le ou déposez-le à votre caisse d'assurance maladie.**

- ▶ **Remarque :** vous ne pouvez pas bénéficier simultanément des deux dispositifs.

▶ Pour en savoir plus :

Adressez-vous à votre organisme de Sécurité sociale, à la mairie, au service social, à une association...

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2 et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

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

ATTENTION : si vous ne souhaitez pas que votre droit à la CMU complémentaire soit étudié, n'utilisez pas ce formulaire mais celui intitulé « Aide pour une complémentaire santé ». Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.

Vous-même

Votre nom (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Vos prénoms :

Votre date de naissance :/...../.....

Votre nationalité : française Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

Votre adresse :

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

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

* Voir la liste des pays concernés page 4.

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

Son nom (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Ses prénoms :

Sa date de naissance :/...../.....

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

Son organisme d'assurance maladie :

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

Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge

| Nom et prénom | Lien de parenté | Date de naissance | N° de Sécurité sociale |
|---------------|-----------------|-------------------|------------------------|
| | |/...../..... | |
| | |/...../..... | |
| | |/...../..... | |
| | |/...../..... | |
| | |/...../..... | |

Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

• Si vous bénéficiez du RMI ou si vous avez déposé une demande de RMI, vous n'avez pas à remplir la déclaration de revenus qui suit. Il vous suffit de dater et signer ci-dessous.

Fait à :

Votre signature :

Le :/...../.....

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

.....

.....

Cachet de l'organisme :



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

Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

► Par exemple, si vous déposez votre demande le 25 février 2006, indiquez les ressources perçues du 1^{er} février 2005 au 31 janvier 2006.

Vous devez également déclarer les ressources perçues à l'étranger ou versées par une organisation internationale (même si elles ne sont pas imposables en France)

1 Avez-vous eu des ressources au cours des 12 derniers mois ?

Si aucune des personnes de votre foyer n'a eu de ressources au cours des 12 derniers mois, il vous suffit de dater et de signer en bas de la page 3.

2 Salaires et traitements nets (réellement perçus)

Y compris les contrats solidarité et les revenus de stage de formation, les congés payés...

3 Revenus non salariés de l'année civile précédente

- Votre dernier chiffre d'affaire connu (ou votre part de chiffre d'affaire) hors taxes, si vous avez déclaré des BIC ou des BNC
- Votre revenu professionnel (voir sur votre déclaration) 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

4 Allocations de chômage (aide pour le retour à l'emploi, allocation unique dégressive, autre...)

5 Autres allocations imposables ou non imposables (veuvage, autre...)

6 Pensions, retraites et rentes imposables ou non imposables

7 Pensions alimentaires reçues

8 Revenus du patrimoine (location de biens mobiliers ou immobiliers, bâtis ou non bâtis)

9 Revenus des capitaux (revenus d'épargne, plan d'épargne populaire, revenus de valeurs mobilières, autre...)

10 Ressources de source étrangère

11 Autres ressources (aide financière versée régulièrement par une institution, gains aux jeux...)

12 Pensions alimentaires versées (elles seront déduites de vos ressources)

13 Déclarez le montant de l'argent qui ne vous apporte pas de revenu actuellement

Possédez-vous un terrain qui n'est pas loué ?

Possédez-vous un logement qui n'est pas loué ?

Situations particulières prises en compte pour le calcul de vos revenus

14 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des indemnités journalières (au cours des 12 derniers mois)

15 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des allocations familiales (au cours des 12 derniers mois)

16 Vous êtes propriétaire de votre logement

17 Vous percevez une aide au logement ou vous êtes logé(e) gratuitement

18 Vous êtes en arrêt de travail ou vous l'avez été (au cours des 12 derniers mois) pour une maladie de longue durée

19 Vous êtes au chômage total ou partiel au moment de la demande

20 Vous percevez l'allocation de solidarité spécifique

21 Vous percevez l'allocation d'insertion

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2 et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

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

Dans chaque colonne, indiquez les ressources perçues par chaque membre de votre foyer au cours des 12 mois précédant la date de votre demande :

du **au**

Vous n'avez pas à déclarer les ressources des personnes qui ont quitté le foyer au cours des 12 derniers mois.

| | Vous | Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS | Autre personne 1 (enfant ou personne à charge de - 25 ans) | Autre personne 2 (enfant ou personne à charge de - 25 ans) |
|-----------|---|---|--|--|
| Nom : | | Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | | Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| 1 | 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"/> |
| 2 | € | € | € | € |
| 3 | € | € | € | € |
| 4 | € | € | € | € |
| 5 | € | € | € | € |
| 6 | € | € | € | € |
| 7 | € | € | € | € |
| 8 | € | € | € | € |
| 9 | € | € | € | € |
| 10 | € | € | € | € |
| 11 | € | € | € | € |
| 12 | - € | - € | - € | - € |
| 13 | | | | |
| | 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"/> |
| | 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"/> |
| 14 | 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"/> |
| 15 | 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"/> |
| 16 | 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"/> |
| 17 | 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"/> |
| 18 | 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"/> |
| 19 | 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"/> |
| 20 | 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"/> |
| 21 | 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"/> |

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441.1 du Code pénal). La loi 78.17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique et aux fichiers nominatifs vous garantit un droit d'accès et de rectifications des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Date et signature :

Vous avez rempli votre demande. Pour que votre dossier soit complet, vous devez fournir les pièces indiquées page 4. ▶

Informations pratiques



► Pièces à joindre au dossier

En fonction de votre situation :

Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de :

Si vous êtes inscrit(e) ou si vous avez déjà été inscrit(e) à la Sécurité sociale

► Votre carte Vitale et l'attestation qui l'accompagne.

Si vous êtes Français(e) ou ressortissant(e) d'un pays listé ci-dessous*

► Votre carte d'identité, ou votre passeport, ou votre livret de famille.

Si vous êtes d'une autre nationalité

► Toute pièce justifiant de la régularité de votre séjour : titre de séjour, récépissé de votre demande, convocation ou rendez-vous en préfecture...

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.

Si vous résidez en France depuis plus de trois mois

► Toute pièce justifiant que vous habitez en France : par exemple : bail de plus de 3 mois, quittances de loyer, factures EDF, certificat d'hébergement...

Si vous renouvelez votre demande de droit à l'aide pour une complémentaire santé

► Toute pièce remise par l'organisme complémentaire justifiant de la date d'échéance du droit.

Si il a été mis fin au contrat de protection complémentaire au cours de la période de votre droit à l'aide pour une complémentaire santé

► L'attestation remise par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire.

Joignez aussi toutes les pièces justificatives de vos revenus :

- bulletins de paie,
- attestations des ASSEDIC...
- déclarations de revenus et leurs annexes à l'administration des impôts,
- avis d'imposition ou de non imposition,
- déclaration et avis de taxe foncière,
- attestations des banques concernant les revenus d'épargne...

Lorsque votre dossier est complet, daté et signé, vous pouvez soit le déposer à votre organisme d'assurance maladie, soit le lui envoyer par la poste.

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