



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

FORMATION AUX DROITS

SOMMAIRE

01

QU'EST CE QUE LA PUMA

02

LA COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

03

L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

04

LES SOINS URGENTS

05

AMELI ET LES TÉLÉSERVICES

06

LA CPAM DE L'ESSONNE ET SES PUBLICS

01

QU'EST CE QUE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ?



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Le principe de la PUMA : Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière (depuis au moins 3 mois) a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.



Pour ces deux situations l'assuré doit :

✓ justifier de la régularité de séjour sur le territoire Français

FORMULAIRES DISPONIBLES SUR AMELI.FR

Menu

Besoin d'aide

- Contactez l'Assurance Maladie
obtenir une attestation, envoyer une feuille de soins, contacter sa caisse, etc.
- Trouver un professionnel de santé
médecins, infirmiers...
- Télécharger un formulaire (ex : Cerfa)**
- Consulter le forum
- Sourds et malentendants

Filtres

Rechercher par numéro ou par mot(s)-clé(s)

Numéro ou mot(s)-clé(s) 🔍

Rechercher par thème :

- ☐ Accident causé par un tiers (2)
- ☐ Accident du travail / Maladie professionnelle (15)
- ☒ Affiliation / Immatriculation (7)
- ☐ Aide médicale de l'Etat (AME) (1)
- ☐ Arrêt de travail (2)
- ☐ Assurance volontaire (1)

FILTRES

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

AFFILIATION / IMMATRICULATION

N° Cerfa: 15763*02 - N° d'homologation ministérielle: S1106



PDF, 1.2 Mo

Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité

AFFILIATION / IMMATRICULATION

N° Cerfa: 15680*01 - N° d'homologation ministérielle: S1110



PDF, 675.65 Ko

Formulaire 3705 - Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés

DISPONIBLE SUR LE COMPTE AMELI

AFFILIATION / IMMATRICULATION

MALADIE

GROSSESSE / MATERNITÉ

Ce formulaire permet de demander le rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés.



PDF, 1.68 Mo

N° Cerfa: 14445*02 - N° d'homologation ministérielle: S3705a



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

FORMULAIRE D'OUVERTURE DES DROITS

Pour la première entrée ou le retour sur le territoire français d'un assuré et :

Si l'assuré n'est pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français :
le [formulaire S 1106a](#)

[illegible]

est à compléter et à retourner à la caisse d'assurance maladie de son lieu de résidence

LES JUSTIFICATIFS

Pour une demande d'ouverture de droits à la PUMA, il convient en fonction de la situation de transmettre les documents suivants :

Dans tous les cas, il convient de justifier de la régularité de séjour sur le sol français :

L'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale

Selon votre nationalité...



De nationalité française ou ressortissant européen ?



PHOTOCOPIE
de la **carte d'identité**
ou du **passport**



D'une autre nationalité



PHOTOCOPIE
du **titre de séjour**
ou du **document de séjour**



Vous exercez une
activité
professionnelle

Photocopie
du **dernier contrat
de travail**
ou du
bulletin de paie

OU



Vous percevez :
le minimum vieillesse, l'ASPA,
l'allocation de veuvage,
l'allocation supplémentaire
d'invalidité

Photocopie
de **pièces justifiant
de cette situation**
(titre de pension...)



Vous êtes hébergé par
un particulier

Photocopie
du **dernier avis d'impôt**
ou des
quittances de loyer de l'hébergeur
ET
une **pièce d'identité +**
une **attestation d'hébergement**
de l'hébergeur

OU



Vous êtes hébergé dans un centre
d'hébergement ou domicilié auprès
d'un organisme agréé (Emmaüs,
Secours populaire, ...)

Photocopie
du **certificat d'hébergement**
de ce centre
OU
d'une **attestation de domiciliation**
établie par cet organisme

Relevé d'Identité Bancaire

Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
*2***	*2**5	*2*****0	**	Banque-ville-agence
IBAN	FR** *2** 5*** *0** 3*** *0** **3			
BIC	A*****H			
Titulaire	Monsieur ou Madame Omed DEMO			

SPECIMEN



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

FORMULAIRE EN OPTION

Si l'assuré souhaite rattacher ses enfants à son compte
le formulaire S3705a

[illegible]

Il convient d'indiquer le numéro de Sécurité Sociale sur lequel l'enfant doit être rattaché à titre principal et à titre secondaire, les deux parents doivent signer le formulaire

est à compléter, signer et à retourner avec les pièces justificatives à la caisse d'Assurance Maladie de son lieu de résidence

LA RÉGULARITÉ

La condition de régularité de séjour est appréciée à la date de réception de la demande y compris lorsque cette demande est instruite postérieurement à la date de la fin de validité du document ou titre de séjour.

A l'expiration du titre ou document de séjour permettant d'attester de la régularité de séjour, un maintien de droits à la PUMA et à la Complémentaire Santé Solidaire de six mois a lieu en application de l'article R111-4 du Code de la sécurité sociale.

Durant cette période de six mois, ces personnes titulaires de ces titres ou documents de séjour sont toujours en situation régulière au regard de l'Assurance Maladie française.

FIN DES DROITS AU TITRE DE LA PUMa

Sortie - Fin des droits au titre de la PUMa

Sortie du territoire français

- Signalement spontané de l'assuré via [formulaire S1105](#)
- A la suite d'un contrôle
- Signalement d'un partenaire



Fin de régularité de séjour

- Fin de régularité de séjour
L'assuré dispose d'un maintien de droit de 6 mois après l'expiration du titre ou document de séjour.
L'assuré est informé par courrier. Le courrier mentionne la possibilité de demander l'Aide Médicale de l'Etat (AME).
- A la suite d'un contrôle

Fermeture des droits et invalidation de la carte Vitale

LA RETROACTIVITE DES DROITS PUMA

La rétroactivité des droits peut être effectuée uniquement :

- s'il s'agit d'une urgence médico-sociale et qu'une demande Complémentaire Santé Solidaire est effectuée en parallèle,
- la demande doit être transmise à la caisse dans les plus brefs délais, qui ne peuvent, en tout état de cause, pas dépasser deux mois.
- l'assuré doit toujours être hospitalisé au moment de la demande ou il n'est pas sorti depuis plus d'un mois,
- l'assuré doit satisfaire les conditions de stabilité et de régularité à la date d'hospitalisation.

02

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

QU'EST CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

Une aide pour payer les dépenses de santé et bénéficier d'autres avantages...

Elle permet au demandeur et aux membres de son foyer :

Assuré de l'Assurance Maladie en raison de leur activité professionnelle ou de leur résidence stable et régulière en France

et

Percevant des ressources modestes



de bénéficier d'une complémentaire santé avec ou sans participation aux frais d'adhésion

COMMENT FAIRE LA DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE?

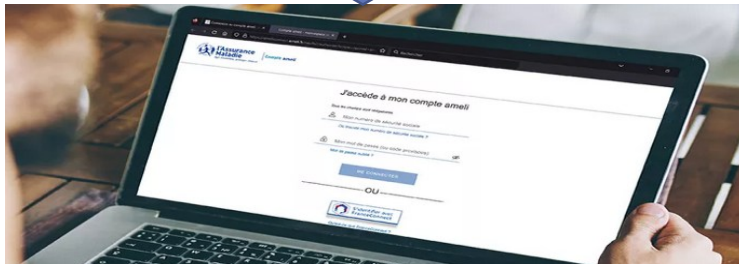
La demande

est réalisée auprès de l'organisme d'assurance maladie obligatoire du demandeur. Une seule demande par foyer.

En ligne, depuis le
compte **ameli**

ou

par le biais du **formulaire**
de demande 3711I



cerfa
N° 12504*10

Demande de Complémentaire santé solidaire
(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

• 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 ☐ européenne* ☐ autre ☐

Votre adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

MA DEMANDE C2S EN LIGNE

Dans la
rubrique
« Mes
démarches »

COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ
SOLIDAIRE



Laissez-vous
guider

Joindre les
justificatifs

Faites votre demande
en ligne sur **ameli.fr**



SIMPLE PRATIQUE SÉCURISÉE

Valider la
demande

FORMULAIRE PAGE 1 LE FOYER

Informations demandeur :
Nom, prénom, adresse, N° Sécurité Sociale,
N° allocataire CAF

Cocher la situation familiale

Informations concernant le conjoint

Les personnes à charge – 25 ans

Cocher si l'un des membres du foyer
bénéficie d'une des aides indiquées

cerfa
N° 12504*11

Demande de Complémentaire santé solidaire (C2S)
(articles L301-1 et suivants, articles R301-2 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

• **Vous-même**

Vos nom et prénoms : _____
(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (s'il y a lieu))

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

Votre n° de dossier CAF (allocations familiales, si vous en avez un) : _____

Votre date de naissance : _____

Votre nationalité : française ☐ européenne* ☐ autre ☐

Votre adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

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 a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ?** oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ marié(e) - en concubinage - pacsé(e) ☐ séparé(e) - divorcé(e) ☐ veuf ou veuve ☐

• **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 (s'il y a lieu))

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

Son n° de dossier CAF (allocations familiales, s'il(elle) en a un) : _____

Sa date de naissance : _____

Sa nationalité : française ☐ européenne* ☐ autre ☐

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

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

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde 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) Renseigner de la manière suivante : "FR" si vous êtes de nationalité française, "EE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cocher le case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.

VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire déjà du RSA	Bénéficiaire de TAAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASI (4)
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés (2) Allocation de solidarité aux personnes âgées (3) Allocation supplémentaire vieillesse (4) Allocation supplémentaire d'invalidité

Une seule
demande par
foyer

FORMULAIRE PAGE 2 **LES RESSOURCES**

Prendre en compte les 12 mois civils précédant l'avant dernier mois où vous demandez la C2S

Exemple: demande du 18/02/2024, période du 01/01/2023 au 31/12/2023

- Répondez à chaque question et indiquer les montants
- Cocher toutes les cases « oui » ou « non »
- En l'absence de ressources, mettre 0



Indiquer les aides éventuelles dans autres ressources (dons familiaux...)
Le formulaire a valeur d'attestation sur l'honneur

► LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Ne tenez pas compte de cette page si vous êtes allocataire du RSA ou, sous certaines conditions précisées en page 2 de la notice, si vous êtes allocataire de l'ASPA, de l'ASI ou de l'AAH.

Précisez cette période de douze mois :

du mois année
au mois année

Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande (indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

Vous		Vos enfants		Vos conjoints		Vos parents	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
1 Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité							
- chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande :							
• vente de marchandises et fourniture de logement							
• prestations commerciales et artisanales							
• activités libérales							
• activités agricoles							
- Pour les gérants de société :							
• rémunération ou part de bénéfice							
2 Rémunérations diverses :							
- Indemnités exceptionnelles non imposables							
3 Actuellement :							
- Etes-vous en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie ?		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 au chômage indemnisé (total ou partiel) ?		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 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"/>	
- Percevez-vous une rémunération de stage de formation 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"/>	
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un 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"/>	
5 Percevez-vous des prestations familiales, des aides 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"/>	
6 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) 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"/>	
7 Autres ressources (gains aux jeux...)							
Précisez la nature :							

Ne pas compléter cette page pour les bénéficiaires du RSA

Ne pas compléter cette page pour les bénéficiaires de l'ASPA, ou l'ASI s'ils n'ont pas, eux et, le cas échéant, leur conjoint, concubin ou partenaire PACS, exercé une activité professionnelle au cours de 3 mois civils précédant le dépôt de la demande de C2S

Veillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s) (Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :
Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes concernées du foyer)	Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR)
Si vous avez résidé à l'étranger au cours de la période de référence	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)



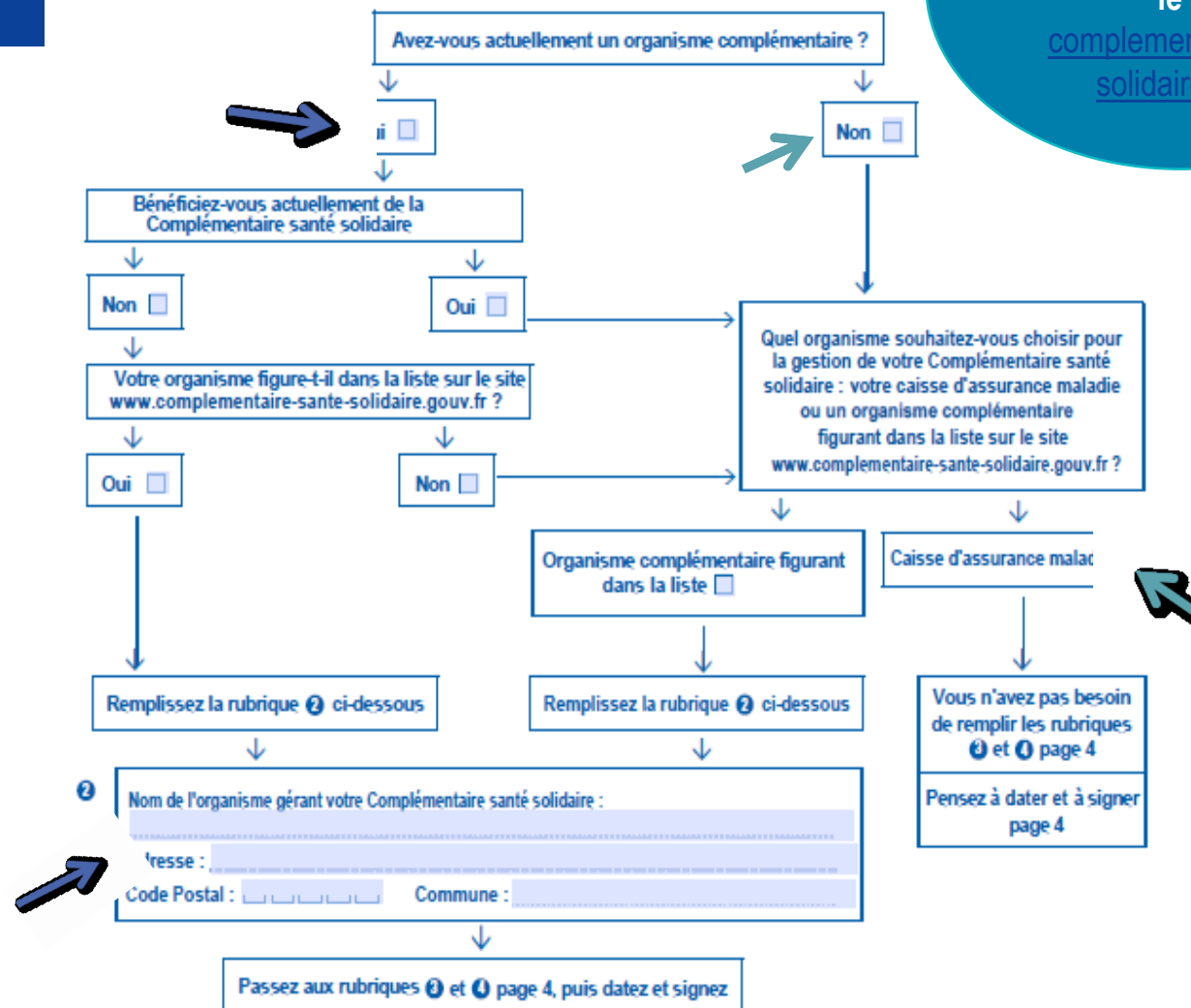
FORMULAIRE PAGE 3 CHOIX DE MUTUELLE

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ Cochez les cases en fonction de votre situation

Retrouver la liste des
organismes gestionnaires sur
le site
complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

Suivre le schéma pour le choix de
l'organisme complémentaire



L'assuré doit choisir dès la demande
l'organisme gestionnaire de sa C2S

FORMULAIRE PAGE 4

A compléter uniquement si le choix se porte sur un organisme de la liste
Mentionner tous les membres du foyer ayant désigné le même organisme

Indiquer les coordonnées de l'interlocuteur



Dater et signer la demande

► VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (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 légalement en garde alternée, cocher le case correspondante

(2) Disponible sur l'application papier qui accompagne votre carte Vitale

Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms : _____
(Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (si différent et si y a lieu))

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Adresse mail : _____

Téléphone : _____

Conformément au Règlement européen n° 2016/2157 du 27 avril 2016 vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.assuram.fr ou www.msa.fr. En cas de difficulté dans l'application de vos droits, vous pouvez solliciter une médiation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Quelques exceptions de fraude ou de fausses déclarations sont possibles de la part des déclarants, d'entreprises ou d'employeurs (articles 313-1 à 313-3, 433-18, 443-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale). Le déclarant attribuant le Complémentaire santé solidaire peut aussi être sanctionné. Vous devez alors rembourser les sommes versées à tort.

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) ainsi qu'auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L. 114-13 et suivants du Code de la sécurité sociale).

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 disposition marquée entre les déclarations de ressources que vous déclarez et votre état de vie, vous pouvez être l'objet d'une procédure d'habilitation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou réduit en conséquence (articles L. 381-2-1, R. 381-13-1 à R. 381-13-7 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 : ____/____/____

Signature du demandeur _____

Cachet de l'organisme _____

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (A compléter par la caisse d'assurance maladie)

☐ sans participation financière du ____/____/____ au ____/____/____
☐ moyennant paiement d'une participation financière _____

Cachet de la caisse d'assurance maladie
gérant la couverture maladie de base

LE CHOIX DE L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

A partir du formulaire de demande, tous les membres du foyer de plus de 16 ans peuvent désigner :

soit l'organisme d'assurance maladie

soit un organisme complémentaire privé figurant sur la liste unique disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr



En cas de 1^{ère} demande, si l'assuré dispose déjà d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire privé et si ce dernier figure sur la liste, il devra conserver cette mutuelle

PIÈCES JUSTIFICATIVES À LA CONSTITUTION DE LA DEMANDE

JUSTIFICATIFS AU FORMULAIRE

Joindre la copie visible
des documents

et

L'avis d'imposition ou l'avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR)

Ou

L'attestation sur l'honneur en cas d'impossibilité de fournir l'avis d'imposition ou l'ASDIR

Justificatif de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)

PLAFONDS DES RESSOURCES

Plafond en vigueur depuis le 1^{er} avril 2025

*C2S gratuite
(Plafond A)*

10 339
€/an

15 508
€/an

18 609
€/an

21 711
€/an

+ 4135 €/par
personne
supplémentaire

01 Personne

02 Personnes

03 Personnes

04 Personnes

*C2S payante
(Plafond B)*

13 957
€/an

20 936
€/an

25 123
€/an

29 310
€/an

+ 5583 €/par
personne
supplémentaire

RESSOURCES : DRM

Le **DRM** (Dispositif de ressources mensuelles) est une base alimentée mensuellement par les organismes de sécurité sociale, de retraite, les employeurs et France Travail.

Le DRM est accessible par les usagers via le portail des droits sociaux (PNDS) à l'adresse : www.mesdroitssociaux.gouv.fr

Les revenus injectés par le DRM :

Revenus d'activité (salaires, traitement)
Revenus de remplacement (chômage, indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie)
Pensions, rentes et retraites
Prestations sociales (famille, logement, handicap)

Les revenus à déclarer par le demandeur :

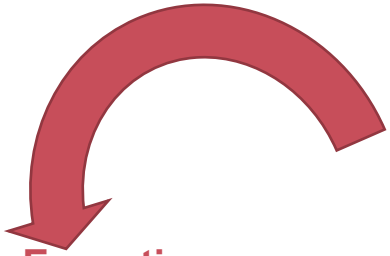
- Revenus du patrimoine
- Pensions alimentaires
- Revenus des travailleurs indépendants

L'OUVERTURE DU DROIT POUR LA C2S SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE NON PARTICIPATIVE



Le droit débute le **1^{er} jour du mois suivant la date de la décision de la caisse**



Exceptions :

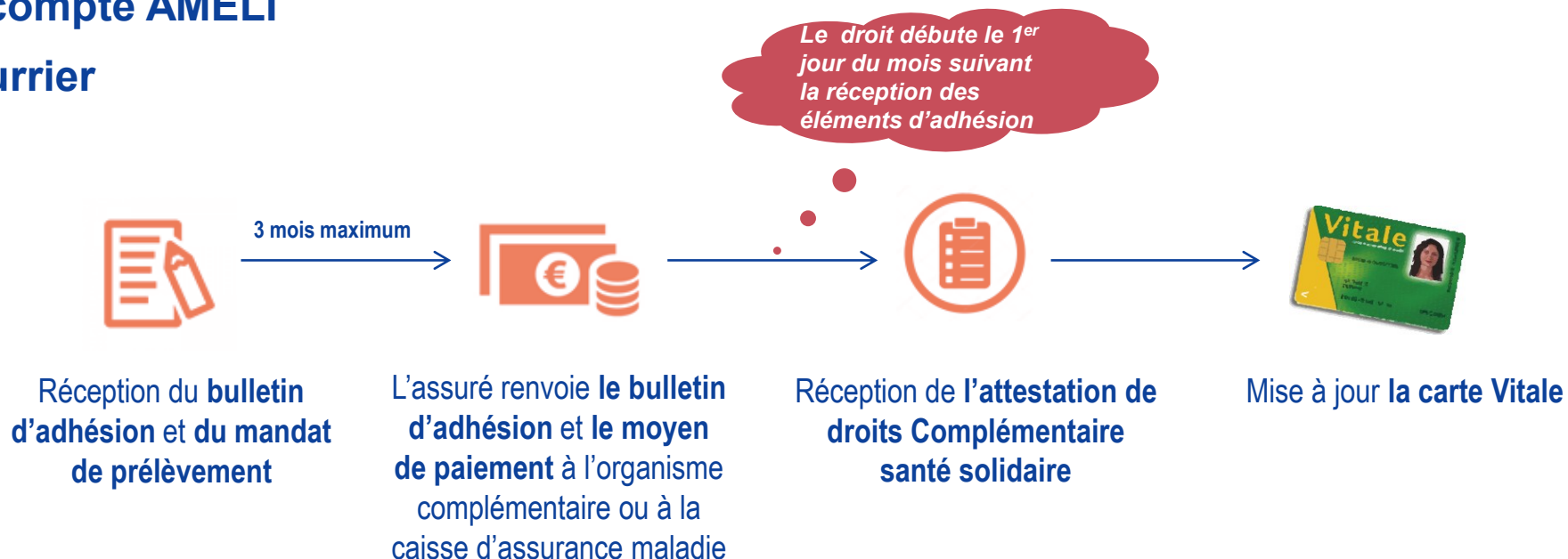
- Pour les bénéficiaires du RSA ou en cas d'urgence médico-sociale
- Le droit débute le 1^{er} jour du mois de dépôt de la demande de C2S.
- Possibilité d'effet rétroactif de la date d'effet du droit à la C2S au 1^{er} jour du mois d'entrée dans l'établissement de santé en cas d'hospitalisation (en présence d'un bulletin d'hospitalisation ou tout autre document émanant de l'établissement en tant que justificatif).
- ✓ La demande de C2S doit avoir été transmise dans un délai maximum de deux mois après l'entrée dans l'établissement de santé,
- et
- ✓ L'assuré doit toujours être hospitalisé à la date de cette demande, **ou** il ne doit pas être sorti de l'établissement depuis plus d'un mois



QUE FAIRE EN CAS D'ACCORD C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE ?

L'assuré reçoit une réponse sous un **délai maximum 2 mois** mentionnant le montant des participations financières à acquitter :

- **Sur le compte AMELI**
- **Par courrier**



C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE : MONTANT DES PARTICIPATIONS

La participation financière **dépend de l'âge des bénéficiaires** et est **identique quelque soit l'organisme gestionnaire choisi**.

Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution	Montant mensuel de la participation
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

Le montant annuel de la participation financière, par personne, ne pourra pas aller au-delà **de 360€** (30€ par mois) pour les + 70 ans

Soit au maximum 1€ par jour et par personne

L'ATTRIBUTION SIMPLIFIÉE DU DROIT C2S POUR LES BÉNÉFICIAIRES DU RSA DEPUIS LE 01/01/2022

Attribution automatique de la C2S
sans participation financière aux
bénéficiaires du RSA, sauf
opposition expresse de leur part

L'ATTRIBUTION SIMPLIFIÉE DU DROIT C2S POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA ET DE L'ASI

Depuis le 01/07/2024, l'assuré a le droit à la **Complémentaire santé solidaire avec participation financière**, pour lui et les membres de son foyer, si son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs et lui-même **n'a pas exercé d'activité professionnelle au cours des 3 mois civils précédant le dépôt de la demande de C2S**.

Quand l'ASPA ou l'ASI est attribuée, il reçoit un **courrier** de la caisse d'assurance maladie lui informant de son droit potentiel à la Complémentaire santé solidaire.

Il peut en faire la demande en complétant et renvoyant le formulaire S3711 Demande de Complémentaire santé solidaire disponible sur le site ameli.fr

L'ATTRIBUTION SIMPLIFIÉE DU DROIT C2S POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE DE L'AAH

Depuis le 1^{er} juillet 2025, les bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés peuvent solliciter la **Complémentaire santé solidaire avec participation financière** en complétant l'ensemble du formulaire S3711, à l'exception de la page 2 relative aux ressources, et en le renvoyant, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail,
- vivre seul
- être sans enfant à charge,
- ne pas avoir exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, fixée à 3 mois civils précédant le dépôt de la demande de C2S

BULLETIN D'ADHÉSION ET L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : COMMENT REMPLIR VOS DOCUMENTS POUR L'ADHÉSION

Pour rappel : tous les documents d'adhésion doivent être complétés et renvoyés à la CPAM pour pouvoir bénéficier de la Complémentaire santé solidaire. Vous devez compléter les 2 documents ci-dessous et les envoyer avant la date limite précisée sur votre bulletin d'adhésion.



1. VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

Écrire ici le nom
de votre ville

N'oubliez pas
de signer

2. VOTRE AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

Écrire ici le nom
de votre ville

À cocher uniquement
si le compte bancaire
n'est pas à votre nom

Écrire ici la date du jour
et signez, si le compte
vous appartient.
Sinon, demandez à la
personne à qui appartient
le compte de signer.

N'oubliez pas de signer

Écrire ici les Nom/Prénom
et adresse de la personne à qui
appartient le compte bancaire

Écrire lisiblement
les références IBAN et BIC
du compte bancaire à débiter
(Les références IBAN et BIC sont
présentes sur le relevé d'identité
bancaire, transmis par la banque)



ATTENTION, CE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) DOIT ÊTRE LE MÊME QUE CELUI DE L'AUTORISATION AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL. LES RIB DE LIVRET A NE SONT PAS ACCEPTÉS.



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

QUAND FAIRE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT ?

Ouverture du droit



Risque de rupture du droit

Le renouvellement de la C2S sans participation est automatique pour les bénéficiaires du RSA sauf si la composition du foyer a changé.

Le renouvellement de la C2S avec participation financière est automatique pour les bénéficiaires de l'ASPA ou d'un minimum vieillesse, de l'ASI et l'AAH sauf si la composition du foyer a changé.

En cas de changement dans la composition du foyer, il faut réaliser un dossier de renouvellement C2S.

Renouvellement

1 an
Fin de droit

La C2S doit être renouvelée chaque année pour toutes les autres situations.

Dossier de renouvellement C2S avec ou sans participation financière

Au plus tôt 4 mois, au plus tard 2 mois avant la fin du droit

DOSSIER DE RENOUVELLEMENT C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE

Mesure de simplification des renouvellements C2S avec participation financière

Il n'est plus nécessaire pour le bénéficiaire de retourner le bulletin d'adhésion et le mandat de prélèvement si les 3 conditions suivantes sont remplies :

1. il s'agit d'un **renouvellement** (le dépôt d'un dossier après la fermeture d'un droit pour non-paiement des participations financières n'est pas un renouvellement)
2. le **montant des participations financières** dues par le foyer reste inchangé
3. le bénéficiaire n'a **pas changé d'organisme gestionnaire**

A noter que si un autre mode de paiement que le prélèvement est en cours ou si aucun mandat n'est actif, cette procédure simplifiée ne pourra pas être utilisée.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Cas particuliers

- Possibilité de renoncement à tout moment sans frais à la C2S
- Obligation d'être à jour des participations financières pour obtenir un nouveau droit à la C2S
- Possibilité d'interrompre une Complémentaire santé solidaire en cours pour assurer la continuité des droits

- Intégration d'un enfant de moins de 25 ans dans le foyer en cours de droit C2S

Enfant de moins de 25 ans



Pris en compte en tant que nouveau bénéficiaire (sans réexamen des droits du foyer, et sans paiement d'une participation financière pour le mineur. Moyennant paiement d'une participation pour l'enfant majeur)

ARTICULATION DES DROITS PUMA/AME



Un dossier d'AME déposé **pendant la période de maintien de droit n'est pas recevable**

En cas de réception d'une demande d'AME dans la période des 45 jours suivant la notification d'une décision de fermeture de droits, il n'y a plus lieu de mettre à échéance le dossier afin d'ouvrir le droit AME au lendemain de la fermeture des droits PUMA si le demandeur ne bénéficie pas de la Complémentaire santé solidaire.

Dans cette situation, l'instruction peut intervenir et, si les conditions d'attribution de l'AME sont remplies, le droit démarrera selon les règles de droit commun, à savoir à la date de réception de la demande. Les droits PUMA seront clôturés à la veille du début de l'AME.

03

L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME) : PRÉSENTATION

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins avec dispense d'avance de frais.

Les bénéficiaires ne sont pas soumis aux dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

L'AME concerne les personnes :

- De nationalité étrangère (hors UE)
- Résidant en France de manière stable (depuis plus de 3 mois) et irrégulière (pas de titre de séjour en cours de validité)
- Disposant de ressources inférieures à un certain plafond

Les personnes à charge peuvent, elles aussi, bénéficier de l'AME. Ces personnes peuvent être :

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs
- Les enfants à charge
- Toute autre personne à charge

FORMULAIRE SUR AMELI.FR

1 Filtres

Rechercher par numéro ou par mot(s)-clé(s)

Numéro ou mot(s)-clé(s) 🔍

Rechercher par thème : ▼

- ☐ Accident causé par un tiers (2)
- ☐ Accident du travail / Maladie professionnelle (15)
- ☐ Affiliation / Immatriculation (7)
- ☒ Aide médicale de l'Etat (AME) (1) ← **3**
- ☐ Arrêt de travail (2)
- ☐ Assurance volontaire (1)

2 Télécharger un formulaire (ex : Cerfa)

4 FILTER

5 PDF 838.79 Ko

Demande d'aide médicale de l'État (AME) AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)

Permet de solliciter l'aide médicale de l'État auprès de son organisme d'assurance maladie. Formulaire mis à jour en février 2022.

N° Cerfa: 11573*08 - N° d'homologation ministérielle: S3720h

Le formulaire S3720h est à compléter au stylo noir, accompagné des pièces justificatives

L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME) : PARTICULARITÉS 1^{ÈRE} DEMANDE



Depuis le 2 juin 2021

Les dossiers de 1^{ère} demande d'AME doivent être déposés **en main propre par le demandeur ou une personne majeure à sa charge** auprès de :

- sa caisse de résidence,
- des établissements France services
- d'une PASS de ville (dispositif porté par un centre de santé, une maison de santé ou une association) à titre dérogatoire d'une PASS hospitalière, dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge

Si une 1^{ère} demande d'AME n'est pas déposée en personne selon les nouvelles conditions, le demandeur recevra un courrier l'invitant à se présenter en personne auprès d'un service d'accueil de la CPAM.

L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME) : PARTICULARITÉS 1^{ÈRE} DEMANDE

Les dossiers de primo-demandes doivent obligatoirement se composer de :

L'attestation de dépôt ou la fiche support accueil délivrée lors du passage du demandeur à l'accueil de l'Assurance Maladie ou à la structure agréée

ou

Formulaire de demande d'AME cacheté par l'établissement de santé ou la PASS et/ou bulletin d'hospitalisation ou une attestation de l'établissement précisant les dates de consultations

En cas de dérogation au principe de dépôt en caisse, le dossier de première demande d'AME doit comporter :

- Si la personne est en situation de mobilité réduite : une attestation sur l'honneur précisant que la personne ne peut pas déposer son dossier en raison de sa mobilité réduite
- Si la personne est sous tutelle ou curatelle : la copie du jugement de tutelle/curatelle
- Si mineur isolé : mention que la demande est envoyée par une association ou structure accompagnant ces personnes

PROCEDURE D ATTRIBUTION DE L'AME

➤ **Formulaire 3720h** complété et signé (<https://www.ameli.fr/essonne/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>)

(AME)

Demande d'aide médicale de l'Etat

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur				
<small>Nom <i>(nom de famille, date naissance) note du nom d usage (facultatif) et(s) y a-t-il(s).</i></small>				
			<small>Date de naissance</small>	
Nationalité : Européenne <input type="checkbox"/> Autre pays <input type="checkbox"/>				
N° de Sécurité sociale ou d'AMÉ (<i>s'il vous en avez un</i>) _____				
N° d'allocation <i>(allocations familiales - si vous en avez une)</i> _____				
Adresse en France _____		N° tél portable _____		
Code postal _____ Commune _____				
Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) : <i>cocher la case</i> <input type="checkbox"/> <i>et joindre les justificatifs mentionnés dans la notice ci-dessous.</i>				
Avez-vous déjà été bénéficiaire de l'AMÉ ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> département : _____				
Si vous ou l'un des personnes à votre charge, avec quel des soins au cours des trois derniers mois ? <i>cocher la case</i> <input type="checkbox"/> IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AMÉ prend effet au jour où elle est définitivement mise en œuvre. Lorsque vous ne pouvez plus bénéficier de vos droits sociaux par suite d'un départ volontaire pendant une durée de 90 jours à compter du jour du sortie de l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouvert rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs que nous vous avons indiqués sur ce formulaire avant de déposer la demande.				

Votre résidence en France				
Vous résidez en France de façon stable depuis le ____ / ____ / ____ (<i>joignez les justificatifs mentionnés dans la notice</i>)				
Les personnes à votre charge résident en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubain(e), enfant et cohabitant(s))				
Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance	

Ses ressources et celles des personnes à votre charge				
Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice				
Nature des ressources	Vous	Votre conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
+ Ressources perçues à l'étranger	€	€	€	€
+ Salaires	€	€	€	€
+ Pensions, retraites et rentes	€	€	€	€
+ Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Préciser la nature</i>	€	€	€	€
+ Avez-vous reçu de prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le RSA Emploi+?	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"/>
+ Êtes-vous logé(a) à titre gratuit ? <i>Si oui, précisez quelle dose ?</i>	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"/>
+ Pensions alimentaires reçues	€	€	€	€

J'ai, soussigné(e), certifié sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements fournis sont exacts et complets. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'Aide Médicale peut être retirée. Vous devrez aller rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'Aide Médicale de l'État, susvisée, 25% du Code de l'action sociale et des familles. Quoiqu'en soit excepté pour les fonds de pension déclarables ont pu bénéficier de pensions françaises, d'aides et/ou d'enseignement supérieur articles 313-1 à 313-5, 433-19, 441-2 et nationaux du Code pénal art. L. 114-17 du Code de la sécurité intérieure.

Fait à _____ , le _____ Signature du demandeur : _____


Clembre, cachet de l'organisme ainsi que les noms et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document.

Certificat de Résidence communautaire N° MSA/GEF/CEM/CAE/CLP/MSE/MSI et sa Déclaration d'Héritage et de Succession 1078-MSE/mse...non-donneur.dans.docx

Le formulaire recto :

- La notice indique rubrique par rubrique comment le compléter
- Veiller à ce que la partie demandeur soit totalement complétée (notamment l'adresse)
- Si des soins ont été dispensés au cours des 3 mois précédant la demande, cocher la case
- Vérifier que le formulaire est daté et signé

- ## Le formulaire recto :
- La notice indique rubrique par rubrique comment le compléter
 - Veiller à ce que la partie demandeur soit totalement complétée (notamment l'adresse)
 - Si des soins ont été dispensés au cours des 3 mois précédant la demande, cocher la case
 - Vérifier que le formulaire est daté et signé



11573/09

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPÉRATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHÉSIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

Le formulaire verso :

- Photo en couleur, sur fond blanc, prise de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante
- 4 emplacements : s'il y a plus de 4 personnes qui ont 16 ans ou plus dans le foyer, un deuxième formulaire photo peut être ajouté
- veiller à la correspondance entre la photos et les coordonnées.
- Si un formulaire original pré-encollé n'est pas utilisé, attention au mode de collage (pas de scotch ni d'agrafe susceptible de dégrader la photo)

- ## Le formulaire verso :
- Photo en couleur, sur fond blanc, prise de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante
 - 4 emplacements : s'il y a plus de 4 personnes qui ont 16 ans ou plus dans le foyer, un deuxième formulaire photo peut être ajouté
 - veiller à la correspondance entre la photos et les coordonnées.
 - Si un formulaire original pré-encollé n'est pas utilisé, attention au mode de collage (pas de scotch ni d'agrafe susceptible de dégrader la photo)

PROCEDURE D ATTRIBUTION DE L'AME

Identité :

Une photo d'identité, **en couleur, sur fond blanc, prise de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante** pour le demandeur et pour chaque personne du foyer de plus de 16 ans

Pour chaque personne du foyer, photocopie d'un des documents suivants :

- de toutes les pages du passeport même les blanches ou attestation indiquant que les pages du passeport sont vierges
- de la pièce d'identité
- du titre de séjour antérieurement détenu
- extrait d'acte naissance ou livret de famille

Stabilité et irrégularité

Pour le demandeur, photocopies (liste non exhaustive) :

- Passeport indiquant visa ou tampon avec la date d'entrée, toutes les pages
- Contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de 3 mois et de moins de 12 mois
- Facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone **fixe** datant de plus de 3 mois et de moins de 12 mois
- Avis d'imposition ou non , avis de taxe foncière ou d'habitation
- Attestation d'hébergement chez un particulier rédigée par la personne précisant la date depuis laquelle le demandeur est hébergé et une quittance de loyer ou facture énergie, ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant datant de plus 3 mois et de moins de 12 mois

PROCEDURE D ATTRIBUTION DE L'AME

Ressources

- tout document justifiant les ressources
- les ressources doivent être indiquées sur le formulaire
- ou joindre déclaration datée et signée, détaillant le montant des ressources du demandeur et des personnes à sa charge, perçues en France et à l'étranger au cours des douze mois qui précèdent la date de la demande,
- ou en l'absence de ressources, un document expliquant les moyens d'existence (par exemple un document d'une association justifiant qu'elle prend en charge le demandeur au plan matériel).

Plafond maximum de ressources pour bénéficier de l'AME

(applicable au 1er avril 2025)

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	10 339 €	11 507 €
2 personnes	15 508 €	17 260 €
3 personnes	18 609 €	20 712 €
4 personnes	21 711 €	24 164 €
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 4 135 €	+ 4 603 €

Hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable.

DEMANDE DE RETROACTIVITÉ AME

➤ Le demandeur doit joindre à son dossier de demande d'AME les justificatifs de soins afin que l'AME puisse démarrer à la date de début des soins ou de l'hospitalisation.



Depuis le 1er janvier 2021

➤ Les demandes déposées **doivent être présentées avant l'expiration d'un délai de 90 jours** à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la date des soins.

➤ La prise en charge rétroactive de l'hospitalisation ou des soins au titre de l'AME ne peut intervenir que pour des périodes où le demandeur remplissait les conditions d'admission à l'AME. Le demandeur doit justifier d'une résidence en France de manière ininterrompue et en situation irrégulière de plus de trois mois à la date de l'entrée dans l'établissement ou de délivrance des soins.

04

LES SOINS URGENTS



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

LES SOINS URGENTS

Les soins urgents sont dispensés à des personnes remplissant l'une des conditions suivantes :

Etre en situation
irrégulière et ne pas
bénéficier de l'AME

Ou

depuis le 31/12/2019, être
demandeur d'asile majeur
pendant la période précédant
l'ouverture de droits au
régime général

! Les patients doivent présenter un état de santé pour lequel l'absence de soins entraînerait une atteinte du pronostic vital ou une altération de l'état de santé grave et durable pour la personne ou l'enfant à naître.

Les personnes exclues :

- Les étrangers de passage, en simple séjour en France, titulaires d'un visa de court séjour
- Les enfants mineurs étrangers dont les parents sont en situation irrégulière relèvent de l'AME dès le premier jour de leur arrivée sur le territoire

Demande de prise en charge

Hors demandeurs d'asile

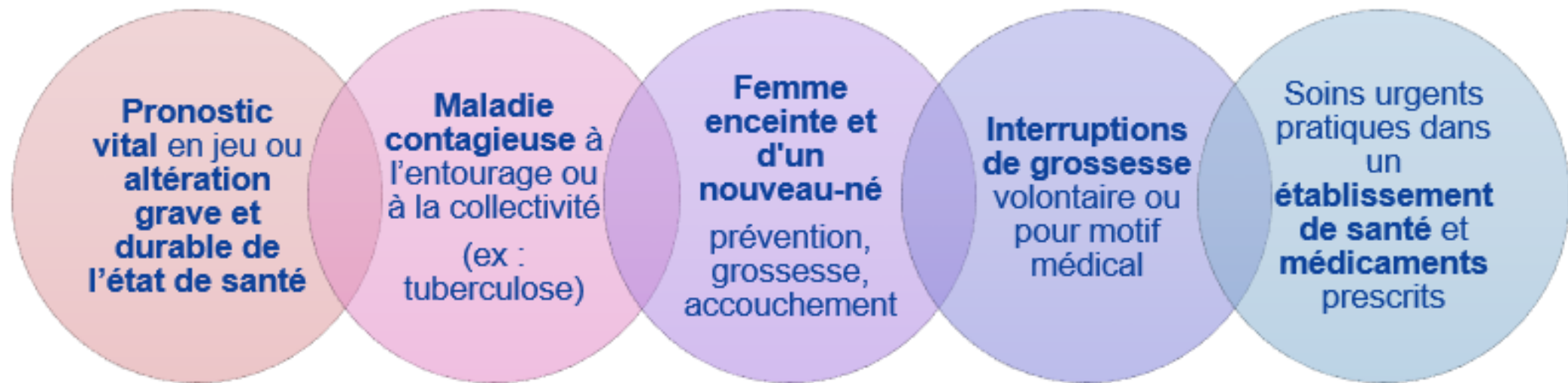
Une demande d'AME doit être établie:
Seuls les soins dispensés à une
personne dont la demande d'AME a
été rejetée peuvent être imputés aux
soins urgents

Demandeurs d'asile

Le demandeur d'asile majeur relève du
dispositif des soins urgents pendant la
période précédant l'ouverture de ses droits
au titre de la PUMA

! Les factures accompagnées du **refus d'AME**, sont à adresser aux CPAM.

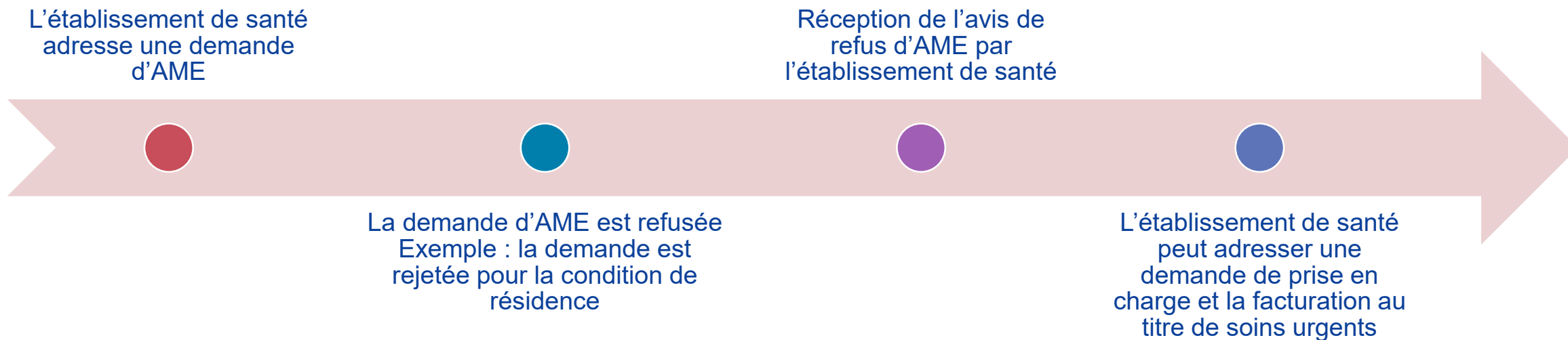
LES SOINS URGENTS - QUELS SOINS ET/OU SITUATION ?



Dispense d'avance de frais

LES SOINS URGENTS

La facturation au titre des soins urgents est possible en présence d'un refus d'Aide Médicale de l'Etat.



05

AMELI ET LES TÉLÉSERVICES

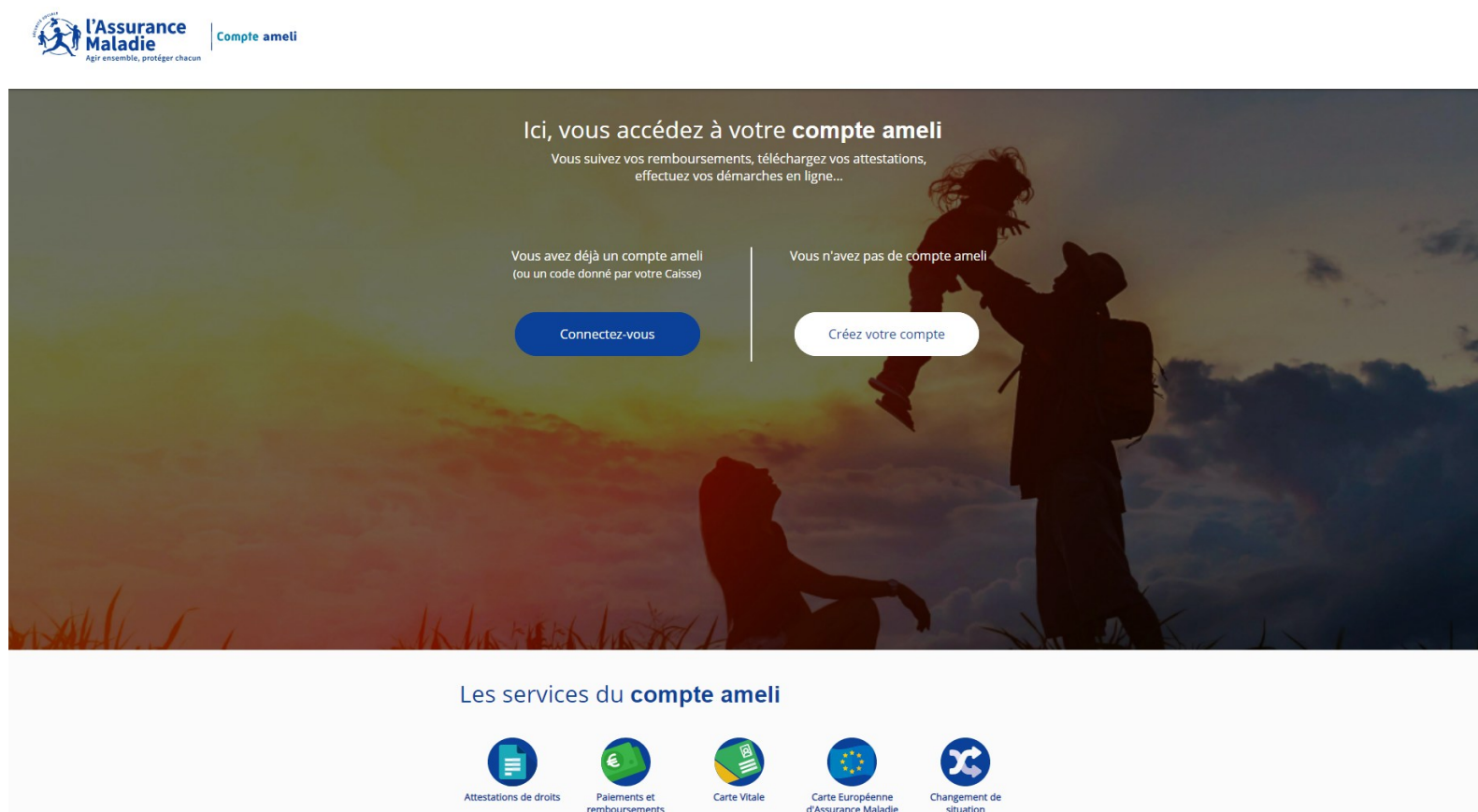


**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne


AMELI.FR ET LE COMPTE AMELI

➤ Playlist « les tutos du compte ameli » sur la chaîne Youtube de l'Assurance Maladie
: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLow7W72Ail26ITYxUT8LHAb2PDcOycD2n>



LES FONCTIONNALITÉS DU COMPTE AMELI ET LES TÉLÉSERVICES

Menu

 **l'Assurance Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun












ameli.fr

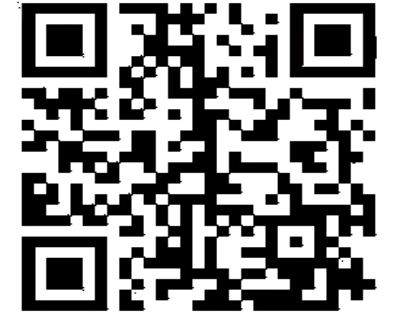
Rechercher

Se connecter

Adresses et contacts

Votre demande concerne :

 Vos paiements / vos remboursements	 L'envoi d'un document	 L'obtention d'un document
 L'aide pour une complémentaire santé	 Un changement de situation	 Votre carte Vitale / carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
 La pension d'invalidité	 Votre compte ameli	 Mon espace santé
 Un dommage corporel causé par un tiers	 Un autre sujet	



ameli.fr

LE SAVIEZ-VOUS ?

Plus de 50 % des démarches effectuées par téléphone ou en agence d'accueil peuvent être réalisées directement depuis votre compte ameli !

06

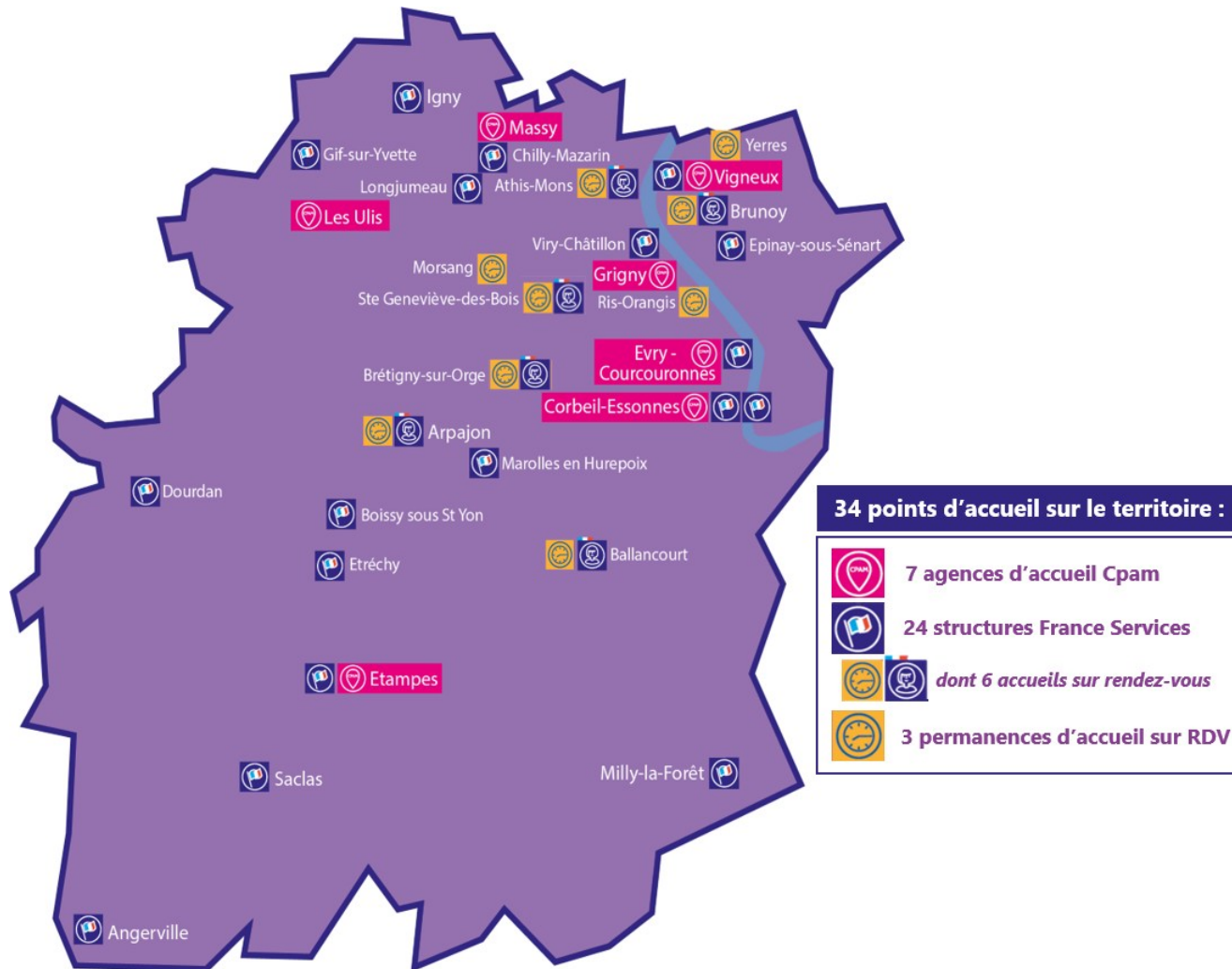
LA CPAM DE L'ESSONNE ET SES PUBLICS



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

LES POINTS D'ACCUEIL DE LA CPAM & LES CONTACTS ASSURÉS



Adresse postale
CPAM
91040 Evry Cedex



36 46
Par téléphone,
vous avez
directement en
ligne un
téléconseiller



ameli.fr
Accès direct aux
informations de votre
Caisse ou à vos
informations personnelles



Forum Ameli

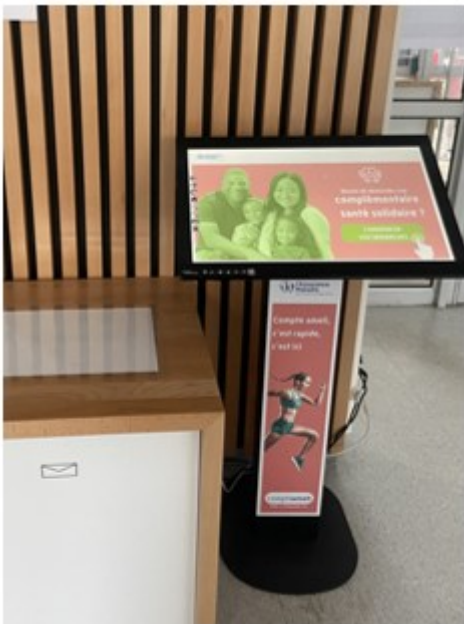
- 1 million de visite par mois
- 3000 à 4000 questions posées par mois
- 50000 questions résolues
- Accessible à tout moment



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

L'ORGANISATION DES ACCUEILS



Un espace numérique :

- Accès par l'assuré en toute autonomie pendant les heures d'ouverture
- Imprimante mise à disposition



Un espace conseil :

- Uniquement sur rendez-vous
- Pas d'attente

LES CENTRES DE SANTÉ



1 centre de santé dentaire :

- Etampes : 26 Rue de Saclas, 01 78 65 31 18



1 centre d'examens en prévention :

- IPC Corbeil-Essonnes : 3 Rue Pierre Séward, 01 53 67 35 35



Doctolib



MERCI DE VOTRE ATTENTION !



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne