

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 ?

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

The sidebar menu includes:

- Menu (highlighted with red arrow)
- Besoin d'aide
 - Contacter l'Assurance Maladie
 - Trouver un professionnel de santé
 - Télécharger un formulaire (ex : Cerfa) (highlighted with red arrow)
 - Consulter le forum
 - Sourds et malentendants

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) (highlighted with red circle and arrow)
- Aide médicale de l'Etat (AME) (1)
- Arrêt de travail (2)
- Assurance volontaire (1)

FILTRER (highlighted with red arrow)

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

AFFILIATION / IMMATRICULATION



PDF 1,2 Mo

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

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

AFFILIATION / IMMATRICULATION



PDF 675,65

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

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

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

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 **passeport**



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	Cle RIB	Domiciliation
*2***	*2**5	*2*****0	**	Banque-ville-agence

IBAN FR**|*2**|5****|*0**|3***|*8**|**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

**DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS
A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS**
ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ
(Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007)

N° 144459 02

VOLET 1
à adresser à l'organisme d'assurance maladie

Si vous résidez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que résident étranger ou réfugié, vous ne devrez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devrez faire une demande d'assurance maladie de votre lieu de résidence en France un justificatif à demander à votre organisme d'assurance maladie :

- soit le formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence", pour chacun des membres de la famille si vous êtes ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse
- soit le certificat d'assurance maladie, où chacun doit figurer, si vous êtes ressortissant d'un pays lié à la France par un accord de sécurité sociale ou prévoyant

LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS

► NOM : Nom de famille (ou patronyme) et nom d'usage (prénom(s) et nom(s) de famille)
Nom de famille (ou patronyme) et nom d'usage (prénom(s) et nom(s) de famille)
PRÉNOM(S) : Numéro de sécurité sociale
Numéro de sécurité sociale
Adresse :
Lien de parenté :
Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations :

IDENTIFICATION DES ENFANTS MINEURS À RATTACHER
(Pour les enfants déjà rattachés, vous n'avez pas à compléter de nouveau ce formulaire)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE

► Je demande(s) que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soit(en)t rattaché(s) (cocher la case correspondante à votre choix) :
- au parent désigné ci-dessus
- aux deux parents désignés ci-dessus

► Chacun de parent qui sera destinataire des courriers de l'assurance maladie concernant l'enfant (ou les enfants) (cocher au moins une case de chaque parent) :
(cocher au moins une case de chaque parent) : ces derniers seront admissibles à l'assurance(s) concernée(s))
NOM : PRÉNOM(S) :
► Fait à : Le :
Signature du ou des parents demandant le rattachement

La forme 161-8 du 4 mai 2007 modifie la forme 161-15-3 applicable à l'assurance maladie et à l'assurance maternité et apporte quelques améliorations au niveau formel. Elle permet d'ajouter un volet supplémentaire pour les demandes de rattachement après la naissance, auquel il convient de faire référence. Elle apporte également des modifications au niveau de l'ordre des éléments de la forme 161-15-3. Les deux formes sont équivalentes. Elles peuvent être utilisées indistinctement. La forme 161-8 est à utiliser à compter des déclenchements d'après la date de déclaration d'ouverture de la situation dans le but d'assurer la cohérence sur le niveau de protection des individus.

S3705a



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 saisir 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



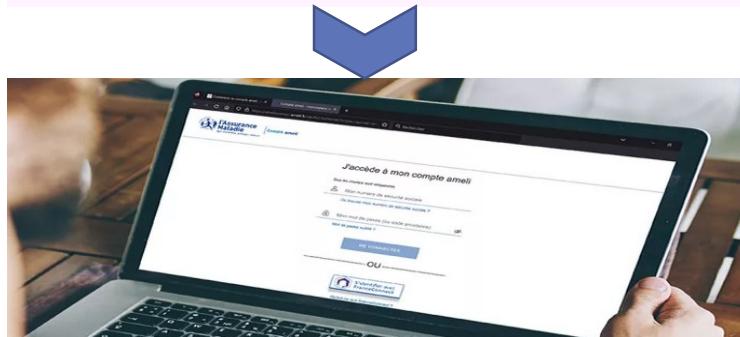
de bénéficier d'une complémentaire santé avec ou
sans participation aux frais d'adhésion

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 prénom : _____
(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



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**

► LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

• Vous-même

Vos nom et prénom :
(nom de famille / nom de naissance) suivi de votre nom d'usage (écrit tout entier si 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 été domicilié

(Par exemple : un Centre Communautaire 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 - pacifié(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 prénom :
(nom de famille / nom de naissance) suivi de son nom d'usage (écrit tout entier si y a lieu)

Son n° de sécurité sociale : (si il y a lieu) :

Son n° de dossier CAF (allocations familiales, si il y a lieu) :

Sa date de naissance :

Sa nationalité : française européenne* autre

* 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, Slovénie, Suède et Suisse

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

Nom et prénom	Nationalité (*)	Lien de Parenté (*)	Garde alternée (*)	Date de naissance	N° de sécurité sociale

(*) Renseignez de la manière suivante : "FRAN" si vous êtes de nationalité française, "EURO" 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.

(*) Cocher le cas où il s'agit d'un enfant considéré légalement en garde alternée.

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

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéfice déjà du RSA	Bénéfice de l'AAH (*)	Bénéfice de l'ASPA (**) ou de l'ASV (**)	Bénéfice de l'ASI (**)

(*) Allocation aux adultes handicapés

(**) Allocation de solidarité aux personnes âgées

(**) Allocation supplémentaire vieillesse

(**) Allocation supplémentaire d'invalidité

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

☛ Veuillez 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)

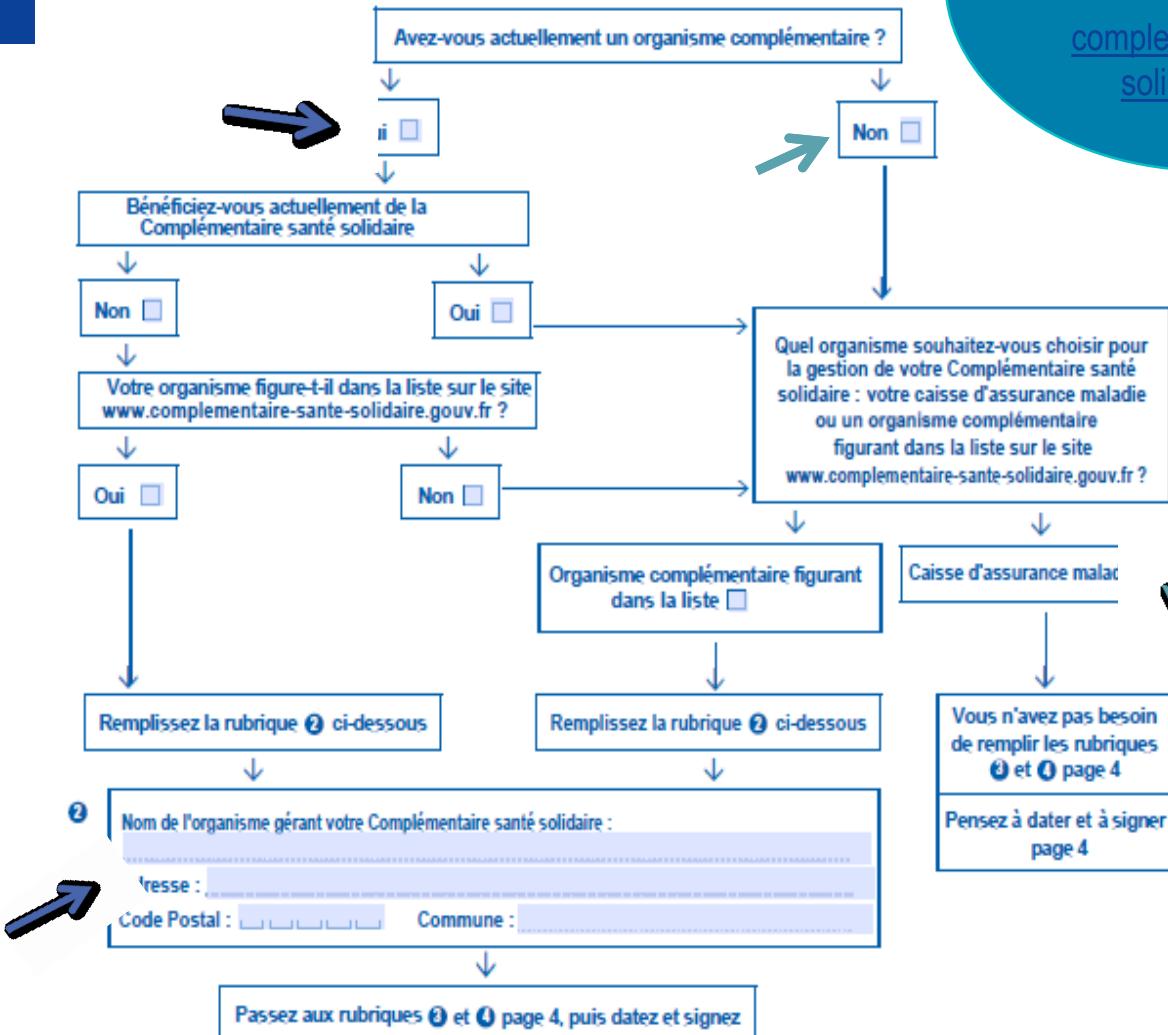
FORMULAIRE PAGE 3 CHOIX DE MUTUELLE

Suivre le schéma pour le choix de l'organisme complémentaire

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

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

① Cochez les cases en fonction de votre situation



Retrouver la liste des organismes gestionnaires sur le site [complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)

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

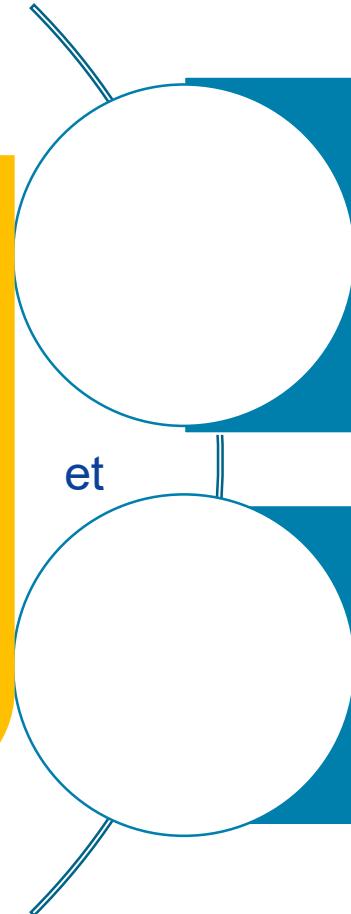


En cas de 1^{ère} demande, si l'assuré dispose déjà d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire privé et si ce dernier figure sur la liste, il devra conserver cette mutuelle

PIÈCES JUSTIFICATIVES À LA CONSTITUTION DE LA DEMANDE

JUSTIFICATIFS AU FORMULAIRE

Joindre la copie visible des documents



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

01 Personne

15 508
€/an

02 Personnes

18 609
€/an

03 Personnes

21 711
€/an

04 Personnes

+ 4135 €/par
personne
supplémentaire

*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

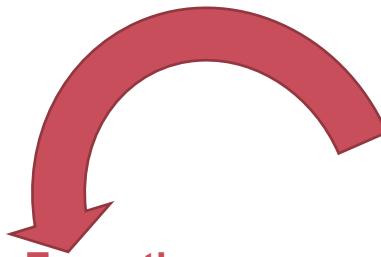
Les revenus injectés par le DRM :

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).

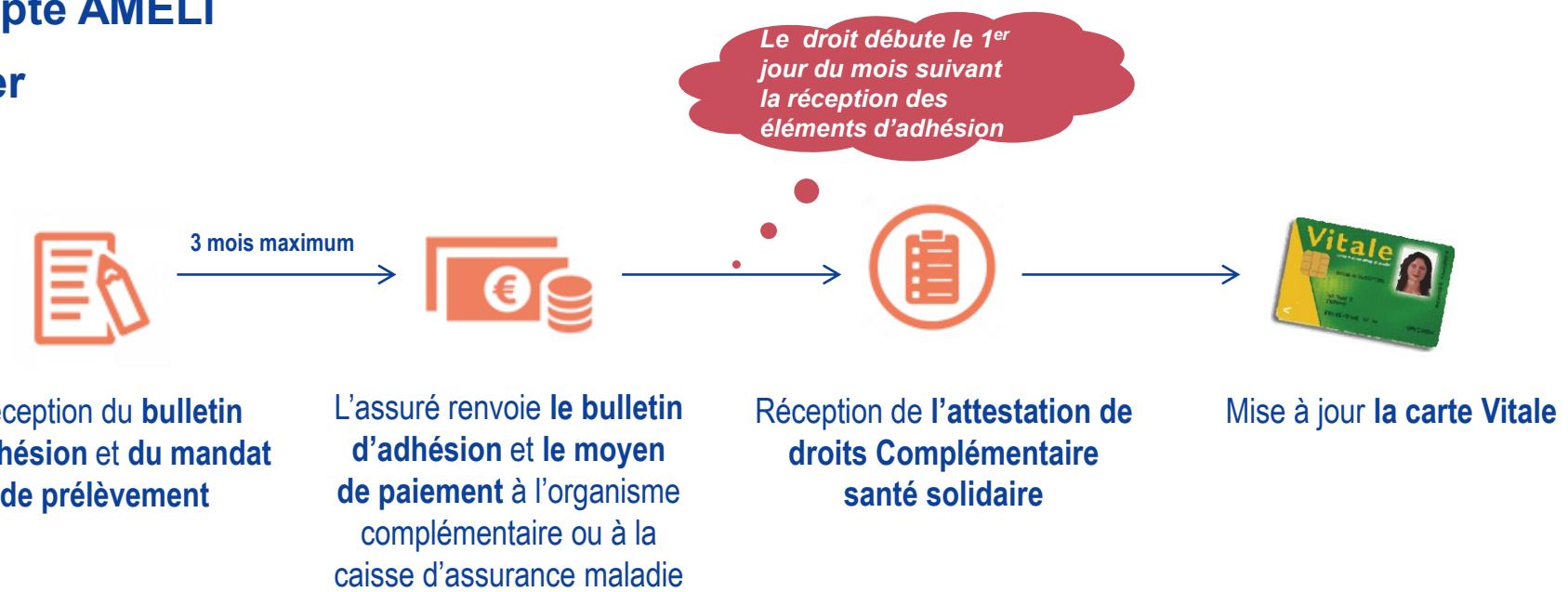
- ✓ La demande de C2S doit avoir été transmise dans un délai maximum de deux mois après l'entrée dans l'établissement de santé,
et
✓ L'assuré doit toujours être hospitalisé à la date de cette demande, **ou** il ne doit pas être sorti de l'établissement depuis plus d'un mois



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 :

The form contains fields for identification (Nom, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Adresse, Code postal, Ville, Numéro de sécurité sociale), information about the complementary health insurance (Organisme d'assurance complémentaire santé solidaire), and a table for bank account details (IBAN, BIC, Montant maxi). It also includes a section for declaration and signature, and a general conditions page at the bottom.

Écrire ici le nom
de votre ville

Partie : _____
Date : _____

N'oubliez pas
de signer

2. VOTRE AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

The form includes sections for 'INSCRIPTION DU DEMANDEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE' (Nom, Prénom, Adresse), 'BANQUE DE PRÉLÈVEMENT (IBAN)' (IBAN, BIC, Montant maxi), 'BANQUE DU COMPTE BANCAIRE' (IBAN, BIC, Nom et prénom du titulaire), and 'NOM ET ADRESSE DES CHARGÉS' (Nom et prénom des personnes chargées). There are also fields for 'Signature' and 'Signature titulaire du compte bancaire débité'.

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.

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'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

The screenshot shows the ameli.fr website interface. A red arrow labeled '1' points to the 'Menu' icon in the top left corner. Another red arrow labeled '2' points to the 'Télécharger un formulaire (ex : Cerfa)' button in the sidebar. A red arrow labeled '3' points to the 'Aide médicale de l'Etat (AME)' checkbox in the 'Rechercher par thème' section. A red arrow labeled '4' points to the 'FILTREZ' button at the bottom. A red arrow labeled '5' points to the PDF download link for the 'Demande d'aide médicale de l'État (AME)' document.

1

2

3

4

5

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)

FILTREZ



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

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



Depuis le 2 juin 2021

Les dossiers de 1ère 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 1ère 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 1ÈRE 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>)

- 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

cerfa

11573*09

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes 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 NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHÉSIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom	[Redacted]
• Prénom(s)	[Redacted]
• Date de naissance	[Redacted]

• Nom	[Redacted]
• Prénom(s)	[Redacted]
• Date de naissance	[Redacted]

• Nom	[Redacted]
• Prénom(s)	[Redacted]
• Date de naissance	[Redacted]

• Nom	[Redacted]
• Prénom(s)	[Redacted]
• Date de naissance	[Redacted]

- 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

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

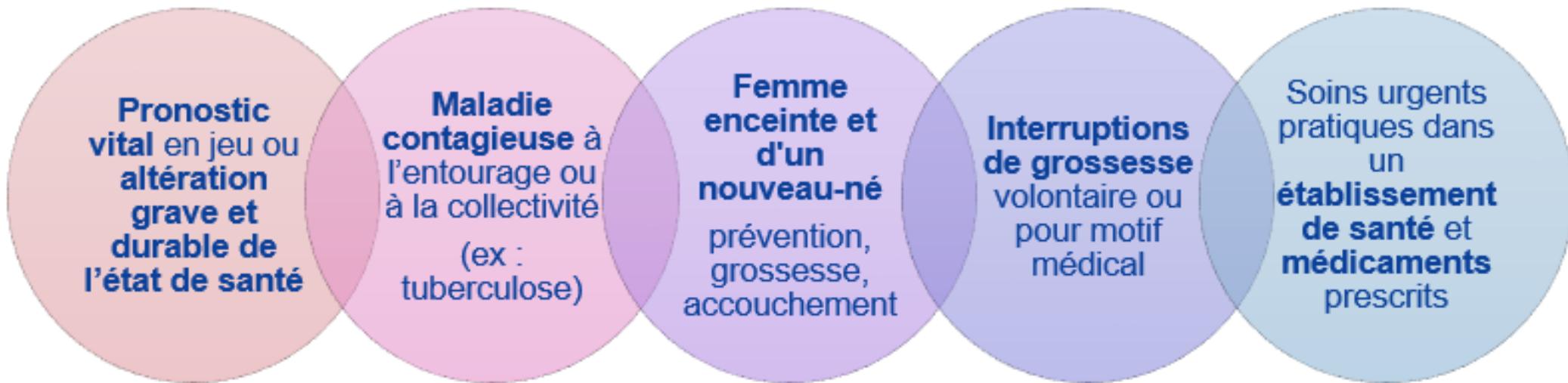
Une demande d'AME doit être établie:
Seuls les soins dispensés à une personne dont la demande d'AME a été rejetée peuvent être imputés aux soins urgents

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.

L'établissement de santé
adresse une demande
d'AME

Réception de l'avis de
refus d'AME par
l'établissement de santé



La demande d'AME est refusée
Exemple : la demande est
rejetée pour la condition de
résidence

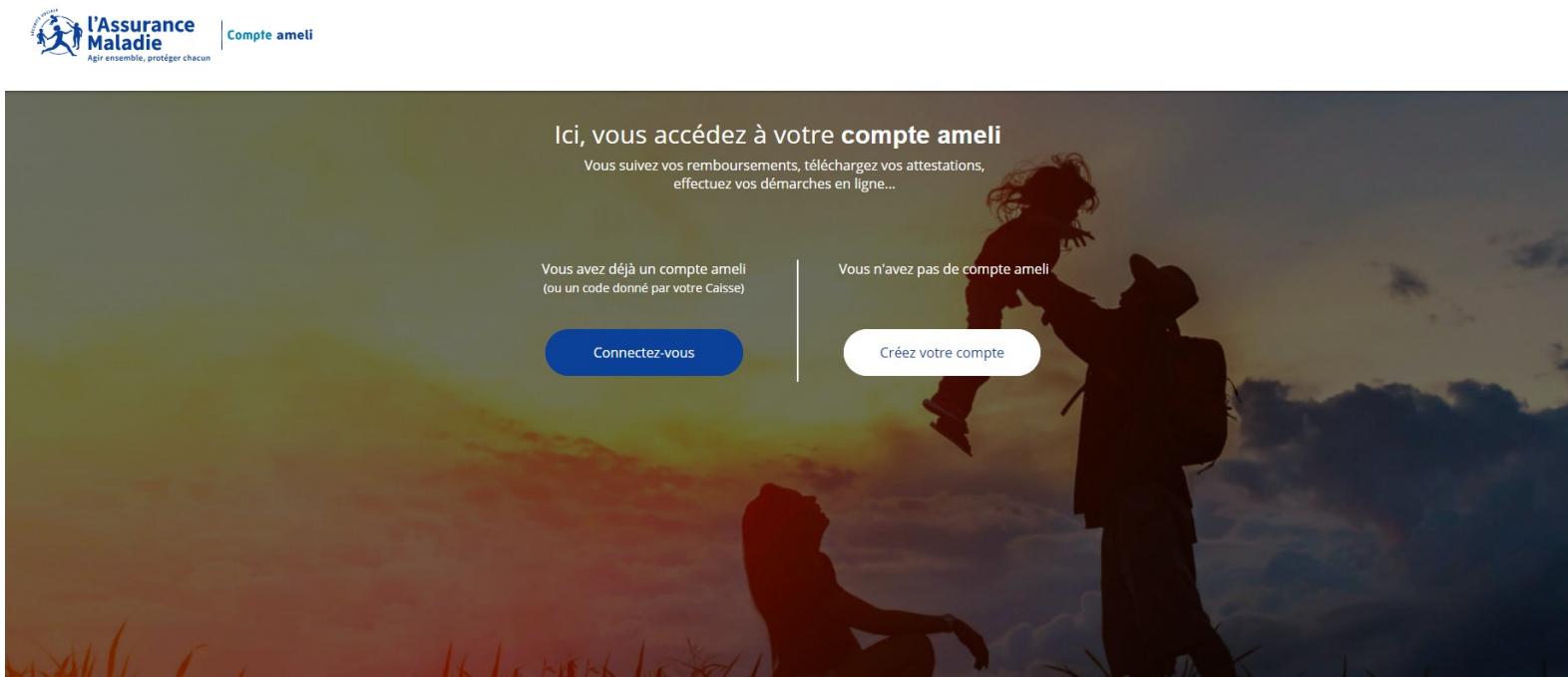
L'établissement de santé
peut adresser une
demande de prise en
charge et la facturation au
titre de soins urgents

05

AMELI ET LES TÉLÉSERVICES

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=PL0w7W72AiI26ITYxUT8LHAb2PDcOycD2n>



Ici, vous accédez à votre **compte ameli**
Vous suivez vos remboursements, téléchargez vos attestations, effectuez vos démarches en ligne...

Vous avez déjà un compte ameli (ou un code donné par votre Caisse)
Connectez-vous

Vous n'avez pas de compte ameli
Créez votre compte

Les services du **compte ameli**

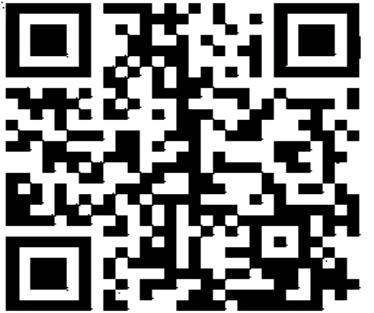
- Attestations de droits
- Paiements et remboursements
- Carte Vitale
- Carte Européenne d'Assurance Maladie
- Changement de situation



LES FONCTIONNALITÉS DU COMPTE AMELI ET LES TÉLÉSERVICES

The screenshot shows the Ameli website's 'Adresses et contacts' (Addresses and contacts) page. At the top, there is a navigation bar with a 'Menu' icon, the 'L'Assurance Maladie' logo, and the URL 'ameli.fr'. Below the navigation is a search bar labeled 'Rechercher' and a 'Se connecter' button. The main content area is titled 'Adresses et contacts' and includes a sub-section 'Votre demande concerne :'. It features a grid of nine items, each with an icon and a description:

- 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



LE SAVIEZ-VOUS ?

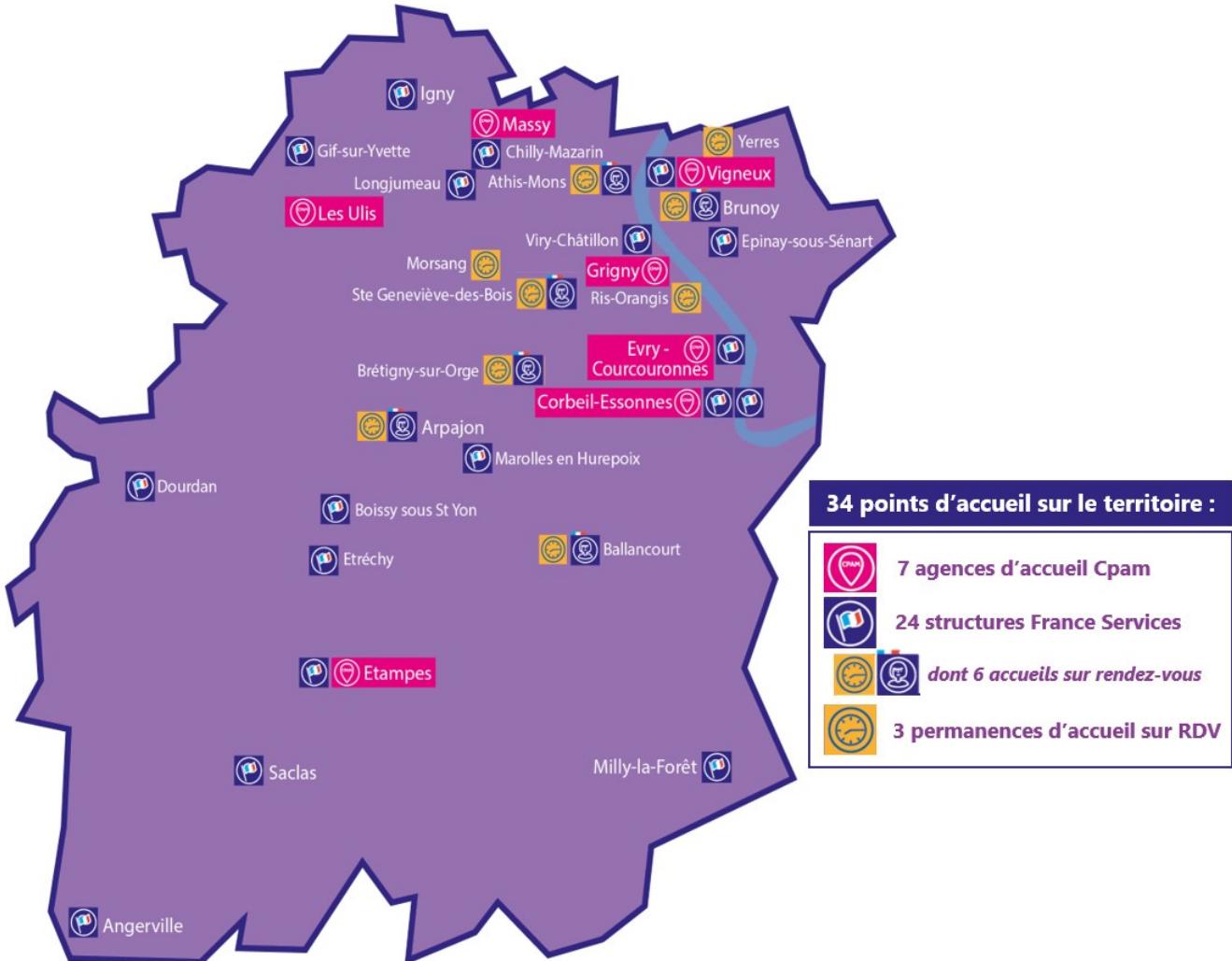
Plus de 50 % des démarches effectuées par téléphone ou en agence d'accueil peuvent être réalisées directement depuis votre compte ameli !

ameli.fr

06

LA CPAM DE L'ESSONNE ET SES PUBLICS

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

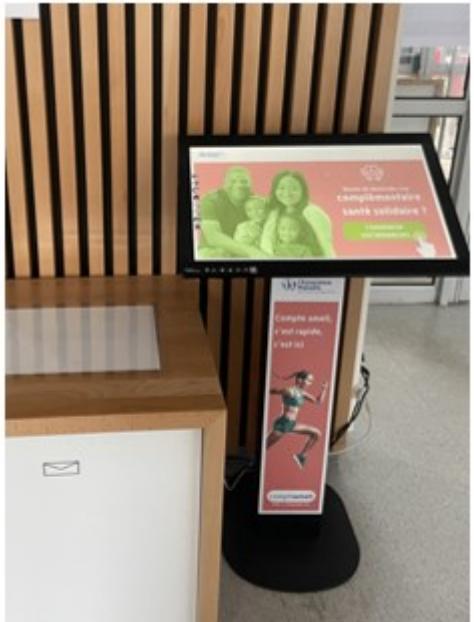
Accès direct aux
informations de votre
Caisse ou à vos
informations personnelles



Forum Ameli

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

L'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 :

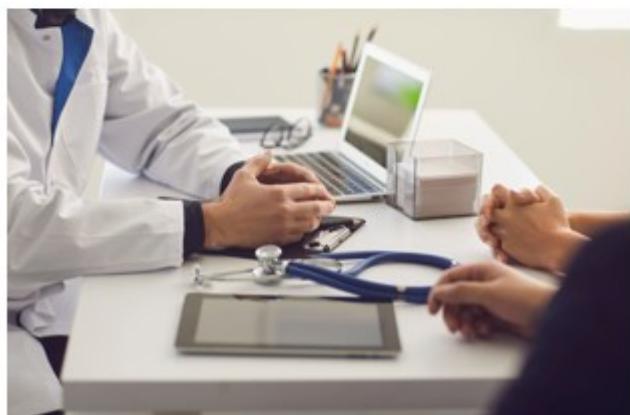
- Uniquement sur rendez-vous
- Pas d'attente

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 Sémaré, 01 53 67 35 35



Essonne



MERCI DE VOTRE ATTENTION !