

Votre accès à une complémentaire santé :

l'Aide pour une Complémentaire Santé

Vous trouverez dans ce dossier tout ce dont vous avez besoin pour obtenir :
l'Aide pour la Complémentaire Santé (ACS).

- Une présentation de l'ACS
- Les informations pratiques pour remplir le dossier
- La liste des pièces justificatives à produire
- Le formulaire à compléter

Vous désirez des informations complémentaires,
Vous souhaitez nous rencontrer,

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



appelez le **3646** (numéro valable pour la Métropole, prix d'un appel local depuis un poste fixe)
connectez-vous sur www.ameli.fr



connectez-vous sur www.msa.fr



connectez-vous sur www.le-rsi.fr



Vous pouvez également vous adresser à la mairie, au service social
à une association et consulter le site www.cmu.fr



ATTENTION : si vous souhaitez également que votre droit à la CMU complémentaire soit étudié, n'utilisez pas ce formulaire mais celui intitulé « Couverture Maladie Universelle Complémentaire et Aide pour une complémentaire santé » disponible sur le site www.ameli.fr.

Une complémentaire santé sert à rembourser tout ou partie des dépenses de santé qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Si vos ressources sont modestes et si vous résidez en France de manière stable et régulière (Métropole, Départements d'outre-mer, Saint Barthélemy, ou Saint Martin), vous pouvez bénéficier de l'Aide pour une complémentaire santé.

Qui y a droit ? : Vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e), votre partenaire dans le cadre d'un PACS et les personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans, résidant en France.

| L'ACS : un accès aidé à une complémentaire santé | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| Vos ressources | <p>▶ Vous pouvez bénéficier de l'ACS si les ressources de votre foyer ne vous permettent pas d'obtenir la CMUC et ne dépassent pas un montant maximum. Par exemple 9 792 euros* pour un foyer d'une personne ou 14 688 euros* par an pour un foyer de deux personnes...</p> | | | | | | | | | | |
| Vos droits | <p>▶ Vous bénéficiez d'une réduction, sur le montant annuel de votre cotisation à une complémentaire santé. Cette aide concerne chaque personne de votre foyer et varie de 100 à 500 euros** selon l'âge.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Tranche d'âge</th> <th>Montant par bénéficiaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>moins de 16 ans</td> <td>100 euros</td> </tr> <tr> <td>de 16 à 49 ans</td> <td>200 euros</td> </tr> <tr> <td>de 50 à 59 ans</td> <td>350 euros</td> </tr> <tr> <td>60 ans et plus</td> <td>500 euros</td> </tr> </tbody> </table> <p>Quelques exemples concernant le montant du chèque lorsque votre dossier est accepté : vous êtes un couple de 35 ans, vous avez deux enfants à charge de moins de 16 ans, vous recevez un chèque de 600 euros ; vous avez 45 ans et élevez seul(e) un enfant de plus de 16 ans, vous recevez un chèque de 400 euros ; vous êtes un couple à la retraite âgé de plus de 60 ans sans personne à charge, vous recevez un chèque de 1000 euros.</p> <p>▶ Le niveau de prise en charge des dépenses de soins va dépendre entièrement des garanties prévues dans le contrat souscrit.</p> <p>▶ Vous n'avez plus à faire l'avance des frais (le tiers payant) sur la part remboursée par l'Assurance Maladie obligatoire, pour les actes des médecins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés pendant 18 mois.</p> | Tranche d'âge | Montant par bénéficiaire | moins de 16 ans | 100 euros | de 16 à 49 ans | 200 euros | de 50 à 59 ans | 350 euros | 60 ans et plus | 500 euros |
| Tranche d'âge | Montant par bénéficiaire | | | | | | | | | | |
| moins de 16 ans | 100 euros | | | | | | | | | | |
| de 16 à 49 ans | 200 euros | | | | | | | | | | |
| de 50 à 59 ans | 350 euros | | | | | | | | | | |
| 60 ans et plus | 500 euros | | | | | | | | | | |
| Comment choisir votre complémentaire | <p>▶ Si votre demande est acceptée, vous recevez une attestation-chèque de votre caisse d'assurance maladie. Vous la présentez à l'organisme de protection complémentaire de votre choix dans les 6 mois pour obtenir une réduction sur le montant annuel de votre cotisation. Cette réduction ne s'applique pas aux contrats collectifs. Si vous vous posez des questions sur l'utilisation de l'attestation-chèque, renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire.</p> <p>▶ Vous sélectionnez votre contrat pour qu'il réponde aux garanties dont vous et votre foyer avez besoin. Pour vous aider à choisir, vous pouvez vous faire préciser ce qui restera à votre charge.</p> | | | | | | | | | | |
| Validité | <p>▶ L'ACS est valable pour un an. ▶ Vous pouvez renouveler votre demande tous les ans.</p> | | | | | | | | | | |

* Ces montants correspondent au total de vos ressources des 12 derniers mois, ils sont valables depuis le 1^{er} janvier 2011 en métropole et sont révisés au 1^{er} juillet de chaque année.

** Montants valables depuis le 1^{er} janvier 2010.

Informations pratiques pour remplir le dossier

- ▶ **Attention**, vous pouvez souhaiter que votre droit à la CMUC soit étudié par votre caisse. Dans ce cas, remplissez le formulaire de demande de couverture maladie universelle complémentaire (S3711).
- ▶ Une version de ce formulaire est également disponible sur www.ameli.fr. Vous pouvez le remplir en ligne. Vous l'imprimez, le datez, le signez et l'adressez à votre caisse d'Assurance Maladie.
- ▶ La composition de votre foyer : reportez-vous à la page 4.
- ▶ Les ressources de votre foyer : reportez-vous à la page 5.
- ▶ Les pièces justificatives seront à joindre à votre dossier pour vous-même et les membres majeurs de votre foyer.

| En fonction de votre situation | | Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de : |
|-------------------------------------|---|---|
| Votre situation d'assuré | Si vous êtes inscrit ou si vous avez déjà été inscrit à la sécurité Sociale | ▶ Votre carte vitale et l'attestation qui l'accompagne. |
| | Si vous êtes français(e) | ▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport ou votre livret de famille à jour, revêtu de l'une des mentions prévues à l'article 28 du code civil. |
| | Si vous êtes ressortissant(e) d'un de ces pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, 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, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse | ▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport, ou votre livret de famille et toute pièce justifiant la régularité du séjour (contrat de travail, attestation de chômage, titre de séjour, formulaires communautaires - E106 - E121/S1) |
| | Si vous êtes d'une autre nationalité | ▶ Toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour, récépissé de votre demande de titre, convocation ou rendez-vous en préfecture... |
| Votre foyer et vos ressources | Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents | ▶ Les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concerné(s). |
| | 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 un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficié du RSA socle jeune | ▶ L'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la CAF (pour le demandeur du RSA uniquement). Dans tous les cas joindre la demande individuelle de CMUC si elle n'a pas déjà été faite. |
| | Pour déclarer les ressources du foyer (pour toute personne âgée de 16 ans et plus) | ▶ Dans tous les cas : - avis d'imposition ou de non imposition. En fonction de votre situation : - bulletins de paie, - attestations d'indemnités de chômage, - déclarations de revenus et leurs annexes à l'administration des impôts, - avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation, - attestations des banques concernant les revenus d'épargne... |
| Votre situation par rapport à l'ACS | Si vous déposez une première demande de l'ACS | ▶ Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois. Par exemple : bail de location, quittances de loyer, factures d'électricité consécutives, certificat d'hébergement, certificat de scolarité ou d'inscription universitaire. . . |
| | Si vous déposez une demande de renouvellement de l'ACS | ▶ Toute pièce justifiant que vous résidez de façon permanente en France ou que vous avez séjourné en France pendant plus de 6 mois au cours des 12 mois précédents (avis d'imposition ou de non-imposition, factures d'électricité consécutives, certificats de scolarité des enfants...). Toute pièce remise par l'organisme complémentaire justifiant la date d'échéance du droit. |
| | S'il a été mis fin au contrat de protection complémentaire au cours de la période de votre droit à l'ACS | ▶ L'attestation remise par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire. |

La composition de votre foyer

L'ACS est délivrée pour vous-même mais aussi pour chaque membre de votre foyer : remplissez attentivement toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

Votre foyer est composé de vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et autres personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans qui vous sont rattachés fiscalement ou qui vivent sous votre toit ou qui perçoivent une pension fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire). Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande séparée. Par exemple, si un de vos enfants de 24 ans, habite chez vous et a un enfant, il doit faire une demande séparée.

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

Vous-même

Vos nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

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 Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

Votre adresse : **Adresse mail** :

Code Postal : **Commune** : **Téléphone** :

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

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

Code Postal : **Commune** :

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

Ses nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

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

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

Sa date de naissance :

Son organisme d'assurance maladie

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

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, 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, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse.

Votre situation familiale

célibataire marié(e) vie maritale pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf ou veuve

depuis le :

Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

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

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

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

Situations particulières liées au RSA

► Les personnes de votre foyer

Un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans. Il bénéficie du RSA socle (c'est à dire montant forfaitaire du RSA) ou en a fait la demande en déclarant des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire. Il compte dans votre foyer pour déterminer le montant du plafond applicable. Mais comme il peut bénéficier de la CMUC, la demande du jeune sera étudiée individuellement. Merci de cocher les cases correspondant à la situation du jeune et de joindre une copie de l'attestation de la demande de RSA.

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

S'il n'a pas déjà fait une demande de CMUC, il doit remplir le formulaire S 3711 et S 3712.

Les ressources de votre foyer :

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources imposables ou non, perçues en France ou à l'étranger, ou versées par une organisation internationale et dont votre foyer a disposé pour les 12 derniers mois précédant votre demande. Par exemple, pour une demande établie le 25 février 2011, indiquez les ressources perçues du 1^{er} février 2010 au 31 janvier 2011.

Vous renseignez les pages 6 et 7 pour chaque personne de votre foyer ayant des ressources. Si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, vous complétez votre déclaration sur papier libre. Vous datez et signez également ce document et vous le joignez à votre dossier.

Vous trouverez en page 8 la liste des ressources qui ne doivent pas être déclarées.

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

Toutes les rubriques sont importantes pour le calcul de vos droits : certaines rubriques vous permettent de bénéficier d'un abattement sur les revenus d'activité.

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

Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

| Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans | Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans | Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans |
|---|---|---|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
|€ |€ |€ |
|€ |€ |€ |
|€ |€ |€ |
| 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"/> | 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"/> | 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"/> |
|€ |€ |€ |
|€ |€ |€ |
| 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"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|€ |€ |€ |

► Information :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Vous pouvez avoir accès et rectifier les informations vous concernant en vous adressant à votre caisse d'assurance maladie.

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

En cas de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire peut être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

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

Fait à : Date et signature

Le :

Je soussigné(e) 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. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

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

Cachet de l'organisme :

Certaines ressources perçues ne doivent pas être déclarées en pages 6 et 7 (articles L. 861-2 et R. 861-10 du code de la sécurité sociale). Il s'agit des ressources suivantes :

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