

COUVERTURE SANTÉ FRANÇAISE ➤ CITOYENS EUROPÉENS

ASSURANCE MALADIE

Qui est éligible ?

Le signataire d'un contrat de travail français cotise automatiquement à l'Assurance Maladie de base (régime général de la sécurité sociale) par prélèvement sur le salaire brut. **Cette cotisation permet de couvrir environ 60% des dépenses médicales de l'assuré ainsi que celles de ses enfants l'accompagnant en France.**

En ce qui concerne **son conjoint**, si celui-ci est également citoyen d'un état de l'Union Européenne, **il est impératif de se munir d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie.**

En effet, les citoyens européens inactifs ne peuvent prétendre à l'affiliation à l'Assurance Maladie française que s'ils remplissent les 3 conditions suivantes :

- séjourner en France pour accompagner leur conjoint,
- ne plus disposer d'aucun droit à l'assurance maladie dans un autre état de l'Union Européenne,
- justifier de ressources financières suffisantes pour se maintenir en France (salaire du conjoint).

Procédure

Pour bénéficier des remboursements des soins de santé, il convient, pour vous et votre famille (il est fortement conseillé de déposer tous les dossiers en même temps) de :

- 1) **Faire une demande d'affiliation** (voir liste des justificatifs requis ci-après) via le Bureau d'accueil des chercheurs internationaux (BACI).
Cette demande permettra au BACI de solliciter pour vous et votre famille la création d'un numéro de sécurité sociale : 1 numéro unique et personnel par personne majeure (18 ans et plus). Pour les enfants de moins de 18 ans, utilisation du numéro des parents.
- 2) Une fois votre dossier traité (sous un délai approximatif de 4 à 6 semaines) par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), dans un 1^{er} temps vous recevrez par courrier postal (à l'adresse indiquée initialement sur le formulaire de « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie »), votre numéro provisoire d'immatriculation.

Dès réception de votre numéro provisoire d'immatriculation, vous pourrez :

- **Consulter les professionnels de santé** en leur présentant votre « Attestation de droits » (document justifiant de vos droits à l'assurance maladie sur le territoire français).

En règle générale, cette « Attestation de droits » est adressée à l'assuré en même temps que la lettre l'informant de la création de son numéro provisoire. Mais il est également possible de l'obtenir en contactant la CPAM de la Gironde (33) par téléphone au 3646 ou bien en vous rendant au centre d'accueil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (situé au 16 allée Jean Dubuffet à Bègles).

Lors d'une visite chez un professionnel de santé, une fois que vous aurez payé la consultation, il vous sera remis une « Feuille de soins » (document papier). Après avoir rempli les champs relatifs à votre identité (nom et prénom), votre numéro de sécurité sociale, votre date de naissance, votre adresse postale en France et avoir obligatoirement signé le document, cette « Feuille de soins » devra être adressée par voie postale à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) afin d'obtenir le remboursement (environ 60%) de vos dépenses de santé.


- **Déclarer votre « médecin traitant* »** afin de pouvoir bénéficier du remboursement maximal prévu par l'Assurance Maladie.

La déclaration du « médecin traitant », pour l'assuré ayant un numéro provisoire, se fait en remplissant et signant le formulaire papier S3704 (« Déclaration de choix du médecin traitant ») conjointement avec le médecin choisi* lors d'une visite médicale. Ce formulaire doit ensuite être adressé par courrier postal à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Gironde.

- 3) Après réception de votre numéro provisoire d'immatriculation, dans un délai approximatif de 4 à 8 semaines supplémentaires, vous recevrez par courrier postal (toujours à l'adresse indiquée initialement sur le formulaire de « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie »), votre numéro définitif d'immatriculation.

Vous pourrez alors :

- **créer votre « compte ameli »** sur le site national de la CPAM : www.ameli.fr, ce qui vous permettra entre autre de :
 - . **commander en ligne votre « carte Vitale** »** (carte attestant de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance Maladie sur le territoire français)
 - . **télécharger votre « attestation de droits »** (document justifiant de vos droits à l'Assurance Maladie sur le territoire français et de votre déclaration d'un médecin traitant **)
 - . suivre vos démarches et remboursements
 - . déclarer un changement de situation (changement d'adresse, naissance d'un enfant, modification des coordonnées bancaires etc.)
 - . commander une « Carte Européenne d'Assurance Maladie » (pouvant être utilisée dans les pays de l'Union Européenne à l'occasion d'un séjour temporaire)
- **souscrire** si vous le souhaitez **une « complémentaire santé » (mutuelle)**

 Aucune actualisation (ex. : changement d'adresse ou de numéro de compte bancaire etc.) n'est possible durant la période pendant laquelle votre dossier sera en cours de traitement par les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Vous pourrez apporter des modifications à votre dossier uniquement après la création de votre numéro définitif.


* Afin de bénéficier du remboursement maximal prévu par l'Assurance Maladie, il convient de déclarer à la CPAM un médecin traitant qui sera votre médecin référent.

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant (il peut être généraliste ou spécialiste). Il n'y a pas de contraintes géographiques, l'essentiel étant de privilégier le praticien qui vous connaît le mieux. Si nécessaire, vous serez libre ultérieurement de changer de médecin traitant, sans condition à remplir et sans avoir besoin de vous justifier.

La déclaration de choix peut, avec l'accord du médecin choisi, s'effectuer (en ligne – si le médecin vous le propose – ou par courrier) lors d'une consultation à son cabinet et sur présentation de votre « Carte Vitale » ou de votre « Attestation de droits ».

** Votre « carte Vitale » vous sera demandée lors de chaque visite chez un praticien ou d'engagement de frais médicaux ; assurez-vous de la conserver dans vos papiers.

La « carte Vitale » n'est pas une carte de paiement mais un moyen d'être remboursé automatiquement.

 Les salariés ayant signé un contrat de travail français bénéficient de la sécurité sociale française à compter du 1^{er} jour (dès la 1^{ère} heure travaillée) indiqué sur leur contrat de travail. Par conséquent, si vous engagez des frais médicaux pendant la période d'attente de création de votre numéro de sécurité sociale, veuillez garder les « feuilles de soins » qui vous seront remises par les professionnels de santé consultés, ceci afin de pouvoir obtenir ultérieurement un remboursement (une fois votre numéro de sécurité sociale créé).

COMPLÉMENTAIRE SANTE (MUTUELLE)

Le remboursement de l'Assurance Maladie n'étant que partiel (environ 60% selon les soins), nous vous conseillons de souscrire une assurance santé complémentaire. Cette assurance permet de compléter le remboursement de l'Assurance Maladie et d'éviter les mauvaises surprises lors de soins plus coûteux (ex. : hospitalisations, soins dentaires, lunettes).

Procédure

Afin de couvrir la part des dépenses non remboursées par l'Assurance Maladie, vous pouvez souscrire une assurance santé complémentaire auprès d'une « Mutuelle ».

Les niveaux de prise en charge proposés par les Mutuelles pouvant varier sensiblement de l'une à l'autre, n'hésitez pas à comparer les offres en fonction de vos besoins.

JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR L’AFFILIATION A L’ASSURANCE MALADIE

Scientifique chercheur salarié

Formulaire « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » rempli, daté et signé (voir pièce jointe)
Page(s) du passport ❶ comportant les éléments relatifs à l'identité ou carte nationale d'identité (1 photocopie)
Acte de naissance avec filiation ❷ (1 photocopie) + si nécessaire, sa traduction en français ❸ (1 photocopie)
Contrat de travail français (1 photocopie)
Relevé d'Identité Bancaire d'un compte bancaire ouvert en France ou en Europe (1 photocopie)

Conjoint.e ❹ / Partenaire ❺

Formulaire « Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie » rempli, daté et signé (voir pièce jointe)
Formulaire « Questionnaire « recherche de droits » ressortissants européens inactifs » rempli, daté et signé (voir pièce jointe)
Page(s) du passport ❶ comportant les éléments relatifs à l'identité ou carte nationale d'identité (1 photocopie)
Acte de naissance avec filiation ❷ (1 photocopie) + si nécessaire, sa traduction en français ❸ (1 photocopie)
Acte de mariage ❷ (1 photocopie) + si nécessaire, sa traduction en français ❸ (1 photocopie)
Justificatifs de ressources (bulletins de salaire ou autres documents officiels) des 12 derniers mois , en France et/ou à l'étranger, pour tout le foyer (1 photocopie)
Avis d'imposition de l'année N-1 , en France et/ou à l'étranger, pour tout le foyer fiscal (1 photocopie)
Formulaire « S1 » ou attestation de fin de droits à l'assurance maladie ⇨ A demander dans le pays d'origine européen
Relevé d'Identité Bancaire d'un compte bancaire ouvert en France ou en Europe (compte bancaire à votre nom ou compte bancaire joint) (1 photocopie)

Enfants

Formulaire « Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés » rempli, daté et signé par les parents (voir pièce jointe)
Page(s) du passport ❶ comportant les éléments relatifs à l'identité ou carte nationale d'identité (1 photocopie)
Acte de naissance avec filiation ❷ (1 photocopie) + si nécessaire, sa traduction en français ❸ (1 photocopie)
Pour les enfants non scolarisés : attestation récente d'un médecin précisant qu'il voit régulièrement l'enfant (1 photocopie) Pour les enfants scolarisés : certificat de scolarité de l'année en cours avec cachet de l'école (1 photocopie)

- ❶ En cas de double nationalité (européenne et non-européenne), **copie des 2 passeports**.
- ❷ **Privilégier la version multilingue lorsque disponible dans le pays d'origine. Sont concernés les pays suivants :**
Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Espagne, Estonie, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie et Slovénie.
Sont recevables les documents établis dans l'une des langues suivantes :
albanais, allemand, anglais, espagnol, hongrois, italien, néerlandais, polonais, portugais, slovaque, suédois et tchèque.
➤ Néanmoins, en cas de doute, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie se réserve le droit de demander une traduction officielle ❸.
- ❸ **Traduction obligatoirement effectuée par :**
 - l'ambassade ou le consulat de France dans votre pays de naissance ou
 - l'ambassade ou le consulat de votre pays de naissance en France ou
 - un traducteur assermenté en France :
<http://annuaire-traducteur-assermente.fr/fr/3/annuaire-traduction-assermentee.html>
- ❹ Si votre conjoint.e est également salarié.e en France, les justificatifs à produire sont les mêmes que ceux demandés au « scientifique chercheur salarié ».
- ❺ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie se réserve le droit de demander des informations complémentaires.

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L.160-1, L.160-2, L.160-5, L.161-1, R.111-3 et D.160-2 du Code de la sécurité sociale et arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France (*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie **lors de votre arrivée en France**, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso. Si vous êtes un membre de la famille (conjoint, concubin, partenaire PACS...), et rejoignez ou accompagnez, pour vous installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, vous devez également compléter cet imprimé.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

A ► Identification du demandeur

► VOS NOM ET PRENOMS

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

CAF de

► Votre date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune et pays de naissance

► Votre nationalité

 française

 UE/EEE/Suisse

((1) - cf. liste au verso)

 autre

► Votre adresse

Code Postal

--	--	--	--	--	--	--	--

Commune

► Votre n° de téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Votre courriel

► 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

B ► Situation du demandeur au regard de l'emploi

► Activité professionnelle précisez laquelle :

► Sans activité

► Autre précisez :

date d'arrivée en France

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C ► Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente demande toute modification des informations du cadre A et à lui signaler tout transfert de ma résidence principale à l'étranger.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Signature
du demandeur

--

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L.114-10-3 et L.161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

Si vous êtes rattaché(e) à un régime d'assurance maladie acquis dans un état membre, vous pourrez bénéficier des prestations de l'assurance maladie française à titre permanent ou temporaire conformément au règlement CE n° 883/2004.

Si vous n'ouvrez droit à aucun titre aux frais de santé d'un régime d'assurance maladie/maternité français ou européen et que vous n'avez souscrit aucune assurance maladie privée ou que celle-ci s'avère « incomplète » (ou que des circonstances indépendantes de votre volonté vous empêchent d'y avoir droit), vous pourrez bénéficier, sous conditions, de la prise en charge de vos frais de santé.

Un examen spécifique de votre demande sera effectué par votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou votre caisse générale de sécurité sociale (CGSS).

Les conditions préalables à la prise en charge de vos frais de santé sont :

- ▶ une résidence habituelle et stable en France,
- ▶ des ressources suffisantes,
- ▶ l'absence de droits à un autre titre.

Eu égard à votre situation et à vos ressources, la couverture sociale à laquelle vous pourrez prétendre sera soit une affiliation au Régime général sur critère de résidence soit l'AME ou uniquement la prise en charge de soins urgents en France.

Votre protection sociale au regard de votre situation

Afin que votre CPAM/CGSS puisse déterminer vos droits, il convient de lui transmettre tous les éléments en votre possession :

- ▶ si vous êtes rattaché(e) à un régime d'assurance maladie français ou d'un pays de l'UE/EEE* et de la Suisse : un formulaire de droits (ex. E106 ou S1),
- ▶ si vous avez contracté une assurance maladie privée : votre contrat d'adhésion à cette assurance avec les garanties afférentes afin qu'elle puisse déterminer si cette couverture maladie est complète ou non,
- ▶ si vous êtes dans l'impossibilité de pouvoir continuer à bénéficier de votre assurance privée (perte imprévisible de vos revenus, décès de votre conjoint...) : tout document établissant vos difficultés imprévisibles aboutissant à la perte de votre couverture maladie.

Si vous êtes étudiant(e) ou demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation chômage vous n'êtes pas assimilé(e) à un « inactif » au regard du droit de séjour.

Si vous n'êtes pas rattaché(e) à l'assurance maladie de votre pays d'origine vous pourrez, sous conditions et sous réserve de l'étude de votre demande, bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé et, éventuellement, de la CMU-C.

Jcg ressources (pour vous-même et les membres de votre famille, le cas échéant)

Toutes les ressources perçues au cours des douze mois précédant votre demande doivent être déclarées sur le questionnaire ci-joint et vous devez fournir un justificatif pour chacune d'entre elles.

L'instruction par la CPAM/CGSS de votre demande de prise en charge de vos frais de santé est conditionnée par les ressources de votre foyer perçues en France et à l'étranger (celles-ci doivent être au moins égales au montant du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), conformément à l'article R. 121-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Si ces ressources sont inférieures au montant du RSA ou de l'ASPA, votre demande ne pourra pas être instruite.

Toutefois, vous pourrez prétendre à l'aide médicale d'Etat (AME) sous réserve que vous remplissiez les conditions d'octroi de cette aide ou, si ce n'était pas le cas, à la prise en charge des soins urgents dont vous auriez besoin sur le territoire français.

Les pièces justificatives à joindre au questionnaire (pour vous-même et les membres de votre famille, le cas échéant)

8Ubg'hcj g'YgWlg'.

Merci de fournir une photocopie lisible de :

- pour justifier de votre identité et de votre nationalité :	- votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité
- pour justifier de votre résidence : <ul style="list-style-type: none"> . si vous êtes locataire . si vous êtes propriétaire . si vous êtes hébergé(e) 	- du bail, des trois dernières quittances de loyer et de votre dernière taxe d'habitation - votre dernière taxe foncière et de votre dernière taxe d'habitation - la dernière quittance de loyer ou d'EDF de l'hébergeant, l'attestation d'hébergement, d'une pièce d'identité de l'hébergeant et d'indiquer votre lien de parenté avec celui-ci
- pour justifier de vos ressources d'origine françaises et/ou étrangères des 12 derniers mois :	- vos bulletins de salaire, allocations chômage, pension de retraite, rente, RSA, ASPA, épargne, revenus fonciers ou issus de placements financiers... - toutes pièces justifiant de votre situation fiscale : avis d'imposition ou déclaration d'impôt
- pour justifier de vos ressources si vous êtes étudiant(e) :	- une déclaration sur l'honneur

G'cb j chY'g'lh U'jcb'.

- si votre(vos) enfant(s) est(sont) scolarisé(s)	- du(des) certificat(s) de scolarité
- si vous êtes étudiant(e) :	- votre carte d'étudiant(e)
- si vous êtes demandeur d'emploi :	- votre attestation Pôle Emploi
- si vous êtes pensionné(e) :	- votre attestation de pension ou votre notification de rente
- si vous bénéficiez d'une allocation chômage versée par votre précédent Etat d'emploi :	- votre document portable U2
- si vous bénéficiez d'un régime d'assurance maladie d'un Etat de l'UE/EEE*/Suisse :	- votre formulaire S1 ou de refus de S1
- si vous bénéficiez d'une assurance privée contractée en France ou à l'étranger : - si vous avez perdu le bénéfice de cette couverture maladie :	- votre contrat d'assurances accompagné des garanties afférentes - tout justificatif prouvant cette impossibilité de conserver votre couverture maladie (perte de revenus, décès ou séparation du conjoint...)

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Suède.

Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

A ADRESSER A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DONT VOUS DEPENDEZ

► Identification du demandeur X

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

Vos prénom(s)

Votre date de naissance

Votre nationalité Française UE/EEE/Suisse autre

Votre adresse en France

Code postal Commune N° de téléphone

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, indiquez le nom et l'adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile, par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée

Adresse de l'organisme

Code postal Commune N° de téléphone

Votre situation familiale célibataire marié(e) pacsé(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de votre installation en France

► Votre protection sociale au regard de votre situation (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

	Vous-même		Votre conjoint(e), partenaire PACS ou concubin(e)	
➤ HfUj Uj`Ynlj ci g`3 Si oui :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
• Etes-vous auto-entrepreneur ? - Depuis quelle date ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
• Etes-vous salarié ? - Depuis quelle date ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
• Etes-vous travailleur indépendant ? - Depuis quelle date ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 9HYgj ci g`gUbg`UWij`jh`3 - Depuis quelle date ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xii b`ff[]a Y`Xfuggi fUbW`a U`UXJY`3 • Si oui, précisez dans quel pays : • Précisez à quel titre vous êtes affilié(e) à ce régime : - Assuré(e) ouvrant droit ? - Membre de la famille d'un(e) assuré(e) ? <small>Si vous êtes ayant-droit, précisez la nationalité de votre ouvrant-droit :</small>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xii be CEAM`3 • Si oui, précisez le pays qui l'a délivrée : - Sa date de délivrance : - Sa durée de validité :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xii b`Zcfa i`U`JfY`9`\$(`#\$(`\$`3 <small>(Totalisation des périodes de résidence)</small>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 9HYgj ci g`fh X]UbhfV`XY`d`i`g`XY`&,`Ubg`Yh`ei`Z`fei`YbhYnlj`ci`g`i`b`fHUV`]ggYa`Ybhbc`b`U[`fff`3 • Si oui, à quel titre bénéficiez-vous d'une couverture maladie : - Ayant-droit de vos parents ? - Maintien de droits du régime d'assurance maladie de votre résidence habituelle ? - Assurance privée ? - Sécurité sociale étudiante française ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 9HYgj ci g`XYa`UbXYi`f`XfYa`d`c`3 • Si oui, êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ? • Bénéficiez-vous d'une allocation chômage versée par votre précédent pays d'emploi ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 9HYgj ci g`dYbg]cbbf`fV`3 • Si oui, à quel titre : - Invalidité ? - Accident du travail/maladie professionnelle ? - Vieillesse ? - Reversion ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xii bY`Uggi`fUbW`dfj`fY`V`zbhfUWfY`Yb`fUbW`ci`{`f`fHUb[`Yf`3	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
➤ 5j`Ynlj`ci`g`dYfXi`j`chY`V`ei`j`Yfh`fY`a`U`UXJY`{`U`gi`]h`XY`XY`V`fV`bgH`UbW`g`]a`dfj`]g]V`Yg`Yh`]bj`c`cbH]fYg`3 • Si oui, précisez ces circonstances :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

▶ Vos ressources X

➤ J cg'fYggci fWg'Xfif[]bY'ZUb, UJgY'dYf, i Yg'Ui 'Wti fg'XYg%'&a c]g'dfVf'XUbj chY'XYa UbXY'.

- Revenu de solidarité active (RSA) - précisez le montant :
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) - précisez le montant :
- Traitements et salaires - précisez le montant :
- Autres - précisez le montant :

➤ J cg'fYggci fWg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'fnci Hg'fYggci fWg'ci 'dfYgHh]cbg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'ci 'j YfgfYg'dUf' i bY'cf[Ub]gU]cb]bHfBU]cbUYL'.

- Nature : - précisez le montant :

▶ @g ressourceg'XY j chY'Wtb'c]bHfMz'dUfHbU]fY'D5'7'G'ci 'WtbW'V]bHfL X

➤ 'GYg'fYggci fWg'Xfif[]bY'ZUb, UJgY'dYf, i Yg'Ui 'Wti fg'XYg%'&a c]g'dfVf'XUbjW'HHY'XYa UbXY'.

- Revenu de solidarité active (RSA) - précisez le montant :
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) - précisez le montant :
- Traitements et salaires - précisez le montant :
- Autres - précisez le montant :

➤ GYg'fYggci fWg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'fnci Hg'fYggci fWg'ci 'dfYgHh]cbg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'ci 'j YfgfYg'dUf' i bY'cf[Ub]gU]cb]bHfBU]cbUYL'.

- Nature : - précisez le montant :

▶ @s ressources des autres memVres de la famille X

Si plusieurs personnes sont concernées, indiquez le montant global des ressources.

IMPORTANT : en présence d'un étudiant dans le foyer, ses ressources doivent être justifiées par une déclaration sur l'honneur.

➤ @Yg'fYggci fWg'Xfif[]bY'ZUb, UJgY'dYf, i Yg'Ui 'Wti fg'XYg%'&a c]g'dfVf'XUbjW'HHY'XYa UbXY'.

- Nature : - précisez le montant :

➤ @Yg'fYggci fWg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'fnci Hg'fYggci fWg'ci 'dfYgHh]cbg'Xfif[]bY'fHUb[„fY'ci 'j YfgfYg'dUf' i bY'cf[Ub]gU]cb]bHfBU]cbUYL'.

- Nature : - précisez le montant :

▶ Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

• >Y'a fYb[U[Y { 'dcfHYf]a a fX]UHYa Ybh{ "U'WtbbU]ggUbW'XY"U'7'D5A'#; GGž XYgh]bUHU]fY'XY"U'df'gYbh'XYa UbXYž'hci h'WU]b[Ya Ybh'XY"U'g]hi U]cb' Yl dcgfY'V]f'XYggi g"

• >fUHHghY'gi f"fi cbbYi f"fi UWH]hi XY'XY"ff'bgYa V'Y'XYg'fYbgY][bYa Ybhg' Zci fb]g'XUbg'W'Xcgg]Yf"

Signature du demandeur

➤ Fait à le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

**DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS
A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES****ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE***(Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007
relatif au rattachement des enfants à leurs parents - J.O. du 19 mai 2007)*VOLET 1
à adresser
à l'organisme
d'assurance
maladie

Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence en France un justificatif à demander à votre organisme d'affiliation :

- 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'assujettissement, où chacun doit figurer, si vous êtes ressortissant d'un pays lié à la France par un accord de sécurité sociale le prévoyant.

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE**LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS**

► NOM :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

PRENOM(S) :

Numéro de sécurité sociale

.....

Adresse :

.....

► Lien de parenté :

► Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie
qui règle vos prestations :

.....

.....

► NOM :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

PRENOM(S) :

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 A RATTACHER*(Pour les enfants déjà rattachés, vous n'avez pas à compléter de nouveau ce formulaire)*

NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE
	
	
	
	
	

► Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) :
(cochez la case correspondant à votre choix)

- au parent désigné ci-dessus

- aux deux parents désignés ci-dessus

► Choix du parent qui sera destinataire des courriers de l'assurance maladie concernant l'enfant (ou les enfants) :
(courriers autres que les décomptes de remboursement ; ces derniers seront adressés à l'assuré(e) concerné(e))

NOM :

PRENOM(S) :

► Fait à

Le
.....

Signature du ou des parents demandant le rattachement