



Si vous êtes affilié(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 n° 883/2004.

Si vous n'ouvrez droit à aucun titre aux prestations en nature 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 couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Un examen spécifique de votre demande sera effectué par votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Toutefois, les conditions préalables à votre prise en charge au titre de cette couverture maladie universelle sont :

- une résidence habituelle et stable en France,
- un séjour régulier (des ressources suffisantes et une couverture maladie).
- l'absence de droits à un autre titre.

Eu égard à votre situation et à vos ressources, la couverture sociale à laquelle vous pouvez prétendre sera la CMU, l'AME ou uniquement la prise en charge de soins urgents en France.

JchfYdfchWjcb'gcWUYU'fYl UfX'XY'j chfY'sjh Ujcb

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.

En tant qu'étudiant(e) de moins de 28 ans, vous êtes affilié(e) soit à l'assurance maladie de votre pays d'origine soit à la sécurité sociale française étudiante.

Si vous êtes étudiant(e) et que vous avez plus de 28 ans et/ou que vous fréquentez un établissement non agréé, vous pourrez, sous conditions, ouvrir droit au bénéfice de la CMU et CMU

En tant que demandeur d'emploi, si vous ne bénéficiez pas d'une allocation chômage, vous pourrez, sous conditions, et sous réserve de l'étude de votre demande, bénéficier de la CMU et de la CMUC.

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

- si vous êtes affilié(e) à un régime d'assurance maladie français ou d'un pays de l'UE /EE et de la Suisse : un formulaire de droits (ex. E106, E109, 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.

JchfY'f'g'jXYbW'Yb' : fUbW

Vous devez préciser votre durée de résidence en France afin que la CPAM puisse déterminer si vous êtes en séjour dit "temporaire" ou "permanent" (plus de 5 ans).

Jcg'fYggci fWg'

Toutes les ressources perçues doivent être déclarées sur le questionnaire au verso et vous devez fournir un justificatif pour chacune d'entre elles.

L'instruction par la caisse de votre demande de CMU est conditionnée par vos ressources propres $\hat{A} \wedge \hat{8} \wedge \hat{A} \} \hat{A} \hat{a} \& \hat{A} \hat{a} \hat{C} \hat{d} \hat{a} * \hat{A} !$.

En effet, si celles-ci sont inférieures au montant du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), la demande de CMU ne pourra 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 cela 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 U' ei YghjcbUjY

8Ubg'hci g'Yg'Wg'.

Merci de fournir une photocopie lisible de :

- pour justifier de votre identité, de votre nationalité et de la régularité de votre séjour en France	- votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité
- pour justifier de vos ressources : . d'origine française . d'origine étrangère	- toutes les pièces justifiant vos ressources : avis d'imposition, déclaration d'impôt, bulletins de paie, allocations chômage, pension de retraite, rente, APA/RSA....., ainsi que les justificatifs de situation fiscale du pays concerné
- pour justifier de vos ressources si vous êtes étudiant(e) :	- une simple déclaration

GY'cbj chfY'gjh Ujcb'.

- 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 à .) , , & ; & C) ^ & j [& @ [& @ [& ^ & ^ ! . ^ & & [d ^] ! . & . & ^) c'ocat & c { }]] à	- votre - { ; { ~ & ^ & ^ & & [} & OHEHDWG
- si vous êtes bénéficiaire d'un régime d'assurance maladie français ou d'un pays de l'UE/EEE*/Suisse	- votre attestation de droits
- si vous êtes bénéficiaire d'une assurance privée contractée en France ou à l'étranger	- votre contrat d'assurances accompagné des garanties afférentes
- si vous avez perdu le bénéfice de cette assurance maladie	- tout justificatif prouvant cette impossibilité de conserver cette couverture maladie (perte de revenus, décès ou séparation du conjoint(e))

, Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, 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, Suède.

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)
Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La personne qui demande l'Ua Yb'XY'gYg'Xfc]hgx

Votre nom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Votre prénom

Votre adresse

Commune Pays n° de téléphone

Votre nationalité Française UE/EEE/Suisse autre

Votre date de naissance

Votre adresse en France

Code Postal Commune

Jc hY dfchW]cb'gcWUYU' fY[UfX'XY'j chY's]h U]cb (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

● **6f b f ZVY n t j c i g'Xfi b'f f [] a Y'XfUggi fUbW'a U'UXJY'3** oui non
Si oui, précisez de quel pays

Précisez à quel titre vous êtes affilié(e) à ce régime d'assurance maladie : assuré(e) ouvrant-droit ayant-droit d'un(e) assuré(e)

Si vous êtes ayant-droit, précisez la nationalité de votre ouvrant-droit

● **6f b f ZVY n t j c i g'Xfi bY'WfHY Yi fcd fYbbY'XfUggi fUbW'a U'UXJY'f7 95A E'3** oui non
Si oui, précisez l'Etat qui vous l'a délivrée

● **9HYgj c i g'f h X]Ub h f Y E'XY' d' i g'XY' & , 'Ubg'Y h c i 'Xfi b'f HUV]ggYa Ybhbc b'U[f f f'3** oui non
Si oui, à quel titre bénéficiez-vous d'une couverture maladie ?
ayant-droit de vos parents maintien de droits du régime de sécurité sociale de votre résidence habituelle
assurance privée sécurité sociale française étudiante

● **9HYgj c i g'XYa UbXYi f'XY'a d'c]3** oui non
Si oui, êtes-vous inscrit(e) au Pôle emploi ? oui non
Bénéficiez-vous d'une allocation chômage versée par votre précédent Etat d'emploi ? oui non

● **9HYgj c i g'dYbg]cbb f f Y E' ?** oui non
Si oui, à quel titre ? invalidité accident du travail/maladie professionnelle réversion vieillesse
Précisez l'Etat qui verse la pension ou la rente

● **6f b f ZVY n t j c i g'Xfi bY'Uggi fUbW' d f j f Y'W b h f U W Y'Y b' : fUbW' c i { ' f f H U b [Y f'3** oui non

● **5j Y n t j c i g'dY f X i j c h f Y'W e i j Y f h f Y'a U'UXJY' d f j f Y' g i j H Y' { ' X Y g' W f W e b g H u b W g] a d f j j g] V' Y g' Y h] b j c' c b H U] f Y g'3** oui non
Si oui, précisez les circonstances

Jc h Y f f g] X Y b W' Y b' : f U b W

● **F f g] X Y n t j c i g'Y b' : f U b W**
Depuis moins de trois mois ? depuis plus de trois mois ?

● **F f g] X Y n t j c i g'Y b' : f U b W' X Y d i j g' d' i g' X Y) ' U b g'3** oui non
Si oui, précisez depuis quelle date

J c g' f Y g g c i f W g'

● **j c g' f Y g g c i f W g' X f i f []] b Y' Z U b , U j g Y**
Revenu de solidarité active (RSA) Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Traitements, salaires Précisez le montant : _____

Autres Précisez le montant : _____

● **j c g' f Y g g c i f W g' X f i f []] b Y' f H U b [, f Y' f i c i H Y g' f Y g g c i f W g' c i d f Y g H U] c b g X f i f []] b Y' f H U b [, f Y' c i j Y f g' Y g' d U f' i b Y' c f [U b] g U] c b] b Y' f b U] c b U Y E'**
Précisez le montant : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître à la caisse tous les changements pouvant les modifier, tels que : reprise ou cessation du travail, montants des salaires...

signature du demandeur

Fait, à le _____