

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)

Explanation by the
PSL Welcome Desk.
To contact the CPAM
in English : 09 74 75 36 46.

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez être ressortissant français, étranger de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, 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 LAST NAME(S), First Names

(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

Date of birth

Votre date de naissance

D D M M Y Y Y Y

Commune et pays de naissance

City and country of birth

Votre nationalité

française ☐

EU/EEA/Swiss nationality

UE/EEE/Suisse ☐ ((1) - cf. liste au verso)

Other nationality

autre ☐

Votre adresse

Street address in France

Code Postal

Postal code

Commune

City of residence in France

Votre n° de téléphone

French phone number

Votre courriel

Email address

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

If you have a French work contract

Activité professionnelle ☐ précisez laquelle

Exemples : doctorant(e) contractuel(le), postdoctorant(e)

Sans activité ☐

Enter date of entry only if you or the primary insurance holder does not have a French work contract

Autre ☐ précisez :

date d'arrivée en France

D D M M Y Y Y Y

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 City of signature

Le

D D M M Y Y Y Y

Date of signature

Signature

du demandeur

Your signature

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.

Vous devez fournir :

Pour justifier de votre identité si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un Etat de l'UE/EEE ⁽¹⁾ ou de la Suisse

► Une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.

ID or passport

Pour justifier de votre identité et de la régularité de votre séjour si vous êtes ressortissant d'un Etat hors UE/EEE ⁽¹⁾ et Suisse

Non EU/EEA/Swiss nationals : resident permit card, confirmation of validation of VLS-TS, or favorable decision from prefecture

► Une photocopie de votre titre ou document de séjour en cours de validité, tel que carte de séjour pluriannuelle ou temporaire, carte de résident, certificat de résidence de ressortissant algérien, visa de long séjour valant titre de séjour avec les pages du passeport comportant l'identité, attestation de demande d'asile, autorisation provisoire de séjour...

Pour l'obtention de votre numéro de sécurité sociale si vous ne le connaissez pas et si vous êtes né à l'étranger ou à Wallis et Futuna

Birth certificate and certified translation. List of certified translators : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R45936?lang=en>

► Une copie intégrale de votre acte de naissance ou un extrait de votre acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat, si vous en disposez.

(Ce document doit être authentifié, notamment par un cachet lisible.)

Votre organisme d'assurance maladie vous indiquera s'il faut la faire traduire.

Si vous exercez une activité professionnelle

► Une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple votre contrat de travail ou un bulletin de paie.

French employment contract, 'convention d'accueil' (if applicable), and last payslip

Pour justifier de la stabilité de votre résidence en France si vous êtes sans activité professionnelle :

► Toute pièce justificative de cette situation.

1) Si vous êtes dans l'une des situations ci-dessous vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé sans délai :

- bénéficiaire de l'une des prestations ou allocations suivantes : allocations familiales, aides au logement, AAH, RSA, minimum vieillesse ASPA, ASI, aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens travailleurs migrants dans leur pays d'origine...

- inscrit dans un établissement d'enseignement ou stagiaire dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique,

- de retour en France après un volontariat international à l'étranger,

- membre de la famille rejoignant ou accompagnant, pour s'installer en France, un assuré travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière,

- reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire

- personne mineure enregistrée comme demandeur d'asile ou personne mineure à la charge d'un demandeur d'asile

- jeune mineur ou de moins de 21 ans pris en charge par un établissement ou un service dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse

2) Si vous n'êtes pas dans l'une des situations ci-dessus, vous devez justifier de trois mois de résidence en France pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé

If you or the primary insurance holder does not have a French work contract : proof of residence in France for at least three months (ex : proof of housing)

The proof of housing may include one or more of the following:

- lease or rental agreement ;
- energy, water, hotel or landline bills for the last three last months ;
- Certificate of enrollment ;
- If you are hosted by a person, a signed declaration written by this person ;
- certificate of asylum application older than 3 months ;
- If you are hosted by an accommodation center or organization, a certificate of housing of this center from the last 3 months.

► Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois.

- Par exemple : bail ou contrat de location, quittances de loyer successives, factures d'énergie, d'eau ou de téléphone fixe successives, facture d'hôtellerie des trois derniers mois, certificats de scolarité, attestation de demande d'asile datée de plus de trois mois...

Si vous êtes hébergé par un particulier : une attestation sur l'honneur, rédigée par cette personne, précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé, accompagnée de quittances de loyer ou de factures d'énergie successives établies à son nom pour les trois derniers mois.

Si vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un certificat d'hébergement pour les trois derniers mois établi par ce centre.

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle et avez élu domicile auprès d'un organisme agréé, une attestation de domiciliation établie par cet organisme et couvrant plus de trois mois.

Si vous avez des enfants mineurs à votre charge

If you have minor children, include form S3705 : https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/175/s3705_puma_version_ameli_remp.pdf

► Le formulaire S3705 "Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés", complété par vos soins. Ce document est téléchargeable sur www.ameli.fr ou à demander à votre organisme d'assurance maladie.

► Si vous êtes demandeur d'asile, l'attestation de demande d'asile portant la mention des mineurs à votre charge.

Pour le versement de vos prestations

► Votre relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

French bank account information ('RIB')

⁽¹⁾ Liste des pays de l'UE/EEE :

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