



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# GESTION DES SITUATIONS IRRÉGULIÈRES

Aide Médicale de l'Etat (AME)

Soins urgents

Situations de vie

Formation aux partenaires

Date de mise à jour : 20/03/2023 – Estimation 1h30 d'animation

## LES OBJECTIFS DE CETTE FORMATION

- Vous informer sur l'Aide Médicale de l'Etat et les soins urgents
- Vous donner les informations pratiques pour constituer une demande d'Aide Médicale de l'Etat
- Vous orienter à partir de la situation de vie sur les ouvertures de droit



**01**

LE CONTEXTE

**02**

L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

**03**

LES SOINS URGENTS

**04**

LES SITUATIONS DE VIE

# 01

## LE CONTEXTE

# LA RÉGULARITÉ ET L'IRRÉGULARITÉ

Pour justifier d'une prise en charge des soins par l'Assurance Maladie à la Protection Universelle Maladie (PUMa), la personne doit en application de l'article L160-1 du Code de la séjour justifier d'une condition de stabilité de résidence et de régularité de séjour sur le territoire français d'au moins 3 mois.

## Quels sont les documents pour justifier de la régularité de séjour de la personne ?

*(Cf. circulaire CNAM-16/2019 sur la gestion de régularité séjour pour plus de détails et fiches de la documentation métier)*

### Application de l'alinéa 20 de 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

**Tout document nominatif en cours de validité enregistré sur AGDREF permet d'attester de la régularité de séjour + dérogations apportées par lettre ministérielle du 15 janvier 2019** (titres de séjours spéciaux délivrés par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères aux conjoints et enfants majeurs exerçant une activité professionnelle en France, visa long séjour (D) pour les étudiants...)



## LA RÉGULARITÉ ET L'IRRÉGULARITÉ

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 C2S de six mois et 45 jours (délai contradictoire)** 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.

# 02

## L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

## QU'EST CE QUE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ?

L'Aide Médicale de l'État (AME) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

Elle est attribuée par les caisses d'assurance maladie, par délégation de l'Etat.

L'Aide Médicale de l'État a pour objectif de **faciliter l'accès aux soins**.



## À QUI S'ADRESSE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ?

Toute personne en **situation irrégulière**, présente sans interruption, depuis **plus de 3 mois sur le territoire français**

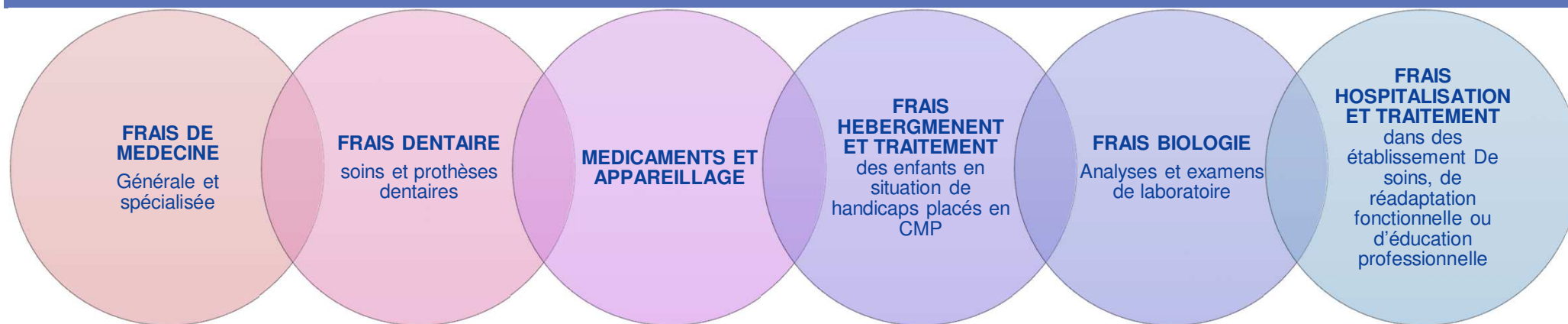
Tout **mineur** dont le parent est en **situation irrégulière** (sans délai de 3 mois ni conditions financières)

A noter : les **personnes titulaires d'un visa touristique en cours de validité (visas dit Schengen) n'ont pas accès à l'Aide Médicale de l'Etat** car la condition de ce visa nécessite l'obtention d'une assurance privée pour la prise en charge des soins.

Exemples :

- Personne entrée sur le territoire français **sans titre de séjour depuis plus de 3 mois**
- Personne entrée sur le territoire français avec un visa Schengen (court séjour ou libre circulation) et dont le droit au séjour **est échu depuis plus de 3 mois**. (si échu depuis moins de 3 mois, dispositif des soins urgents applicable).
- Personne entrée sur le territoire français dont le titre de séjour n'a **pas été renouvelé et qui a perdu ses droits à la prise en charge des frais de santé** (PUMa) à l'issue du maintien de droit des 6 mois et 45 jours.

## QUELS SOINS SONT PRIS EN CHARGE ?

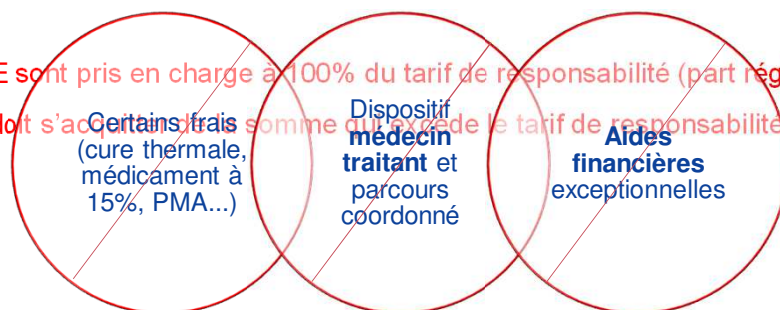


- La prise en charge à 100% **dans la limite des tarifs de la Sécurité Sociale**
- **La dispense d'avance de frais**

FOCUS sur l'optique

Les bénéficiaires de l'AME sont pris en charge à 100% du tarif de responsabilité (part régime obligatoire + ticket modérateur).

Le bénéficiaire de l'AME doit s'acquitter d'une somme qui excède le tarif de responsabilité.



Sont exclus :

## QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION ?

Ressortissant étranger en situation irrégulière en France (hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable) et s'il remplit les 3 conditions suivantes :

1. Justifier de son **identité**
2. Justifier de sa **résidence de façon stable et ininterrompue depuis plus de 3 mois d'irrégularité de séjour à la date de la demande d'AME**
3. Remplir les **conditions de ressources** : celles-ci ne doivent pas dépasser un certain plafond, défini en fonction de la composition de votre foyer et de son lieu de résidence (plafond C2S)

11

[En savoir plus sur les conditions d'attribution](#)



# QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT ?

## Le demandeur

### Les personnes en situation irrégulière à la charge du demandeur :

- > Le conjoint, concubin, partenaire Pacs
- > Les enfants mineurs
- > Les enfants jusqu'à 21 ans s'ils poursuivent leurs études ou s'ils sont dans l'incapacité permanente de travailler
- > Un cohabitant (personne qui se trouve à la charge effective, totale et permanente depuis plus de 12 mois du demandeur. Le bénéfice de l'AME ne peut être attribué qu'à un seul cohabitant par foyer. )

### Ne sont pas considérées comme personne à charge :

- > Les membres de la famille résidant à l'étranger et en visite en France chez le titulaire de l'AME.
- > Les ascendants, descendants (autres que les enfants à charge de moins de 21 ans), collatéraux jusqu'au 3ème degré (oncle, tante, neveu et nièce) sauf s'ils ont le statut de cohabitant.
- > Les personnes en situation régulière

# COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? FORMULAIRE

Informateurs du demandeur

Date d'arrivée en France

Personnes à charge

Ressources perçues au cours des 12  
derniers mois

Date et signature du demandeur



## Demande d'aide médicale de l'Etat (AME) (Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

**Le demandeur**

Nom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Nationalité : Européenne \*  Autre pays   
 N° de Sécurité sociale ou d'AME (si vous en avez un) \_\_\_\_\_  
 N° d'allocataire (allocataires familiales - si vous en avez un) \_\_\_\_\_  
 Adresse en France \_\_\_\_\_ N° tél. portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case  et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice  
 Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non  si oui  année \_\_\_\_\_ département : \_\_\_\_\_  
 • Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours des trois derniers mois ► cochez la case   
*IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai du jour de sortie de l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.*

**Votre résidence en France**

• Vous résidez en France de façon stable depuis le \_\_\_\_\_ (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

**Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))**

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

**Vos ressources et celles des personnes à votre charge**  
 Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
► Salaires	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
► Pensions, retraites et rentes	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Précisez la nature</i>	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	€ _____	€ _____		€ _____

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. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).


Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

\* 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, Slovénie, Suède, Suisse.

## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? FORMULAIRE

### Point d'attention concernant les photos d'identité pour des contraintes techniques

- Photo au format 3,5 x 4,5 cm, en couleur, sur fond blanc, prise de face, tête nue et parfaitement ressemblante
- Photo à coller 
- 1 photo par bénéficiaire de plus de 16 ans

cerfa  
11573\*09

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgée 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 parfaitement ressemblantes.

NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER  
LA PHOTOGRAPHIE  
ICI

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER  
LA PHOTOGRAPHIE  
ICI

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER  
LA PHOTOGRAPHIE  
ICI

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER  
LA PHOTOGRAPHIE  
ICI

# COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? FORMULAIRE SUR AMELI.FR

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

**Filtres**

Rechercher par numéro ou par mot(s)-clés

Numéro ou mot(s)-clés

Rechercher par thème :

- Accident causé par un tiers (1)
- Accident du travail / Maladie professionnelle (16)
- Affiliation / Immatriculation (7)
- Aide médicale de l'Etat (AME) (1)
- Arrêt de travail (2)
- Assurance volontaire (1)

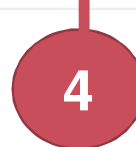
**FILTRES**

## 1 formulaire

### Demande d'aide médicale de l'État (AME) AIDE MÉDICALE DE L'ETAT (AME)

Permet de solliciter l'aide médicale de l'État auprès de son organisme d'assurance maladie. Formulaire mis à jour en février 2022.

N° Cerfa: 11573\*08 - N° d'homologation ministérielle: S3720h



- COMPTE AMELI
- MON ESPACE SANTÉ
- ADRESSES ET CONTACTS
- 1** FORMULAIRES
- ANNUAIRE SANTÉ
- FORUM



## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? PIÈCES JUSTIFICATIVES

### JUSTIFICATIFS D'IDENTITE

Joindre la copie d'un  
des documents  
Pour chaque personne  
du foyer

Le passeport (toutes les pages mêmes blanches, sauf attestation d'un tiers de confiance)

La pièce d'identité (copie recto verso)

Le titre de séjour antérieurement détenu

ou

Un extrait d'acte de naissance ou livret de famille

A défaut : une carte étudiant ou un permis de conduire

Documents supplémentaires réclamés selon la situation : un certificat de mariage, livret de famille....



## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? PIÈCES JUSTIFICATIVES

### JUSTIFICATIFS DE RESIDENCE EN FRANCE > 3 MOIS

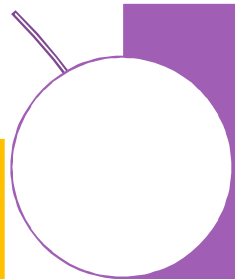
Pour le demandeur  
uniquement,  
Joindre la copie d'un  
des documents

- Le passeport indiquant le visa ou le tampon avec la date d'entrée en France (toutes les pages mêmes blanches)
- Le contrat de location ou de quittance de loyer datant de plus de 3 mois
- Une facture datant de plus de 3 mois : électricité, gaz, eau ou téléphone fixe
- ou
- Un avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques
- Un avis de taxe foncière ou de taxe d'habitation
- Une facture d'hôtellerie datant de plus de 3 mois

## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? PIÈCES JUSTIFICATIVES

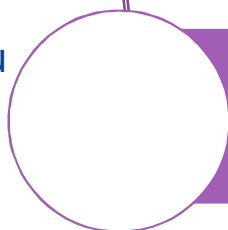
### JUSTIFICATIFS DE RESIDENCE EN FRANCE > 3 MOIS

Pour le demandeur  
uniquement,  
Joindre la copie d'un  
des documents

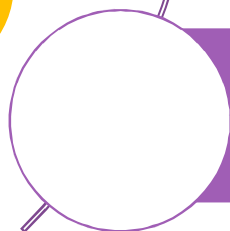


Hébergé à titre gratuit par un particulier : attestation sur l'honneur rédigée par cette personne précisant la date de l'hébergement et une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe de plus de 3 mois au nom de l'hébergeant,  
L'attestation doit préciser la prise en charge de la ou les personne(s) hébergée(s) pour tous les frais de la vie courante dont l'alimentation, vêtements, transports, téléphone, scolarité, etc.

ou



Attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de 3 mois



Sans domicile fixe : attestation de domiciliation établie par un organisme agréé et datant de plus de 3 mois

## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? PIÈCES JUSTIFICATIVES

### Dérogation aux pièces justificatives d'identité et de résidence : l'attestation sur l'honneur

« Dans le cas où un demandeur qui prouve sa bonne foi par la cohérence de ses déclarations n'est en mesure de produire aucun de ces documents, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la caisse. »

[Circulaire Cir-DGAS/DSS/DHOS N°2005-407](#)

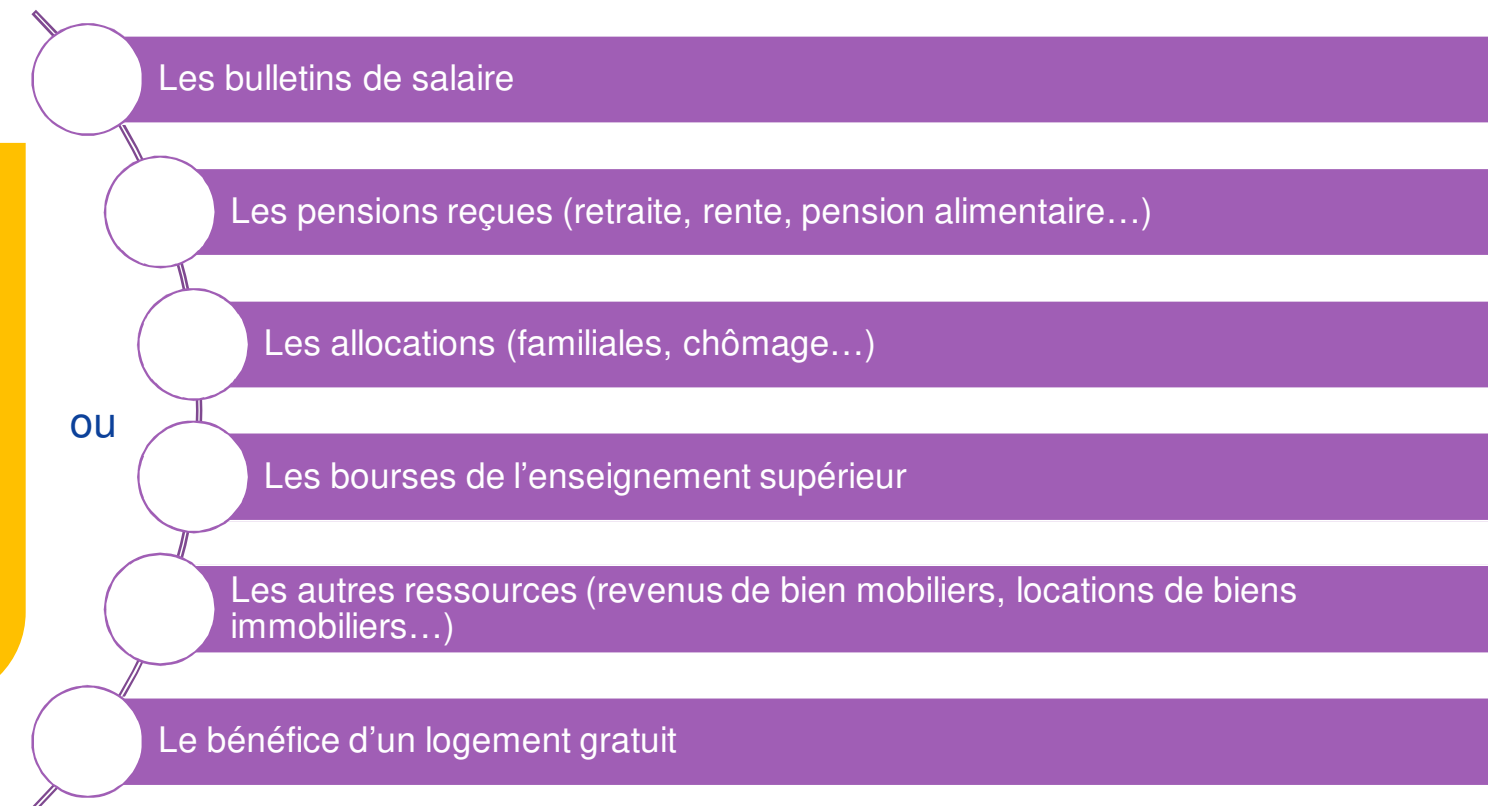


## COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ? PIÈCES JUSTIFICATIVES

### JUSTIFICATIFS DE RESSOURCES perçues en France ou à l'étranger au cours de 12 derniers mois

Pour le demandeur et  
les personnes à charge  
en situation irrégulière

Les ressources du conjoint en  
situation régulière ne sont pas  
prises en compte



Si aucune ressources indiquée, le demande sera rejetée.

# COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ?

## Liste des pièces nécessaires pour constituer une demande AME

### ❑ Formulaire S3720 :

- à compléter au stylo noir
- pensez à compléter le volet photo en indiquant le nom/prénom et date de naissance de chaque personne de 16 ans et plus en face de sa photo

### ❑ Pour chaque personne du foyer joignez la copie d'un des documents suivants :

- La photocopie du passeport (en joignant toutes les pages même blanches)
- La photocopie d'une pièce d'identité (copie recto verso)
- Titre de séjour antérieurement détenu
- Extrait d'acte de naissance
- Livret de famille

Si vous ne possédez pas un de ces documents, vous pouvez fournir :

- Carte d'étudiant
- Permis de conduire

### ❑ Pour justifier de votre résidence en France depuis plus de trois mois joignez la copie d'un des documents suivants :

- Passeport indiquant le visa ou le tampon avec la date d'entrée en France (joindre toutes les pages même blanches),
- Contrat de location ou quittances de loyer datant de plus de trois mois
- Facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe datant de plus de trois mois ;
- Avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques
- Avis de taxe foncière ou de taxe d'habitation
- Si vous êtes hébergé à titre gratuit par un particulier, attestation sur l'honneur rédigée par cette personne précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé et une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois
- Attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois ;
- Si vous êtes sans domicile fixe, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé et datant de plus de trois mois ;
- Facture d'hôtelier datant de plus de trois mois ;

Si vous ne possédez pas un de ces documents, vous pouvez fournir :

- Un bulletin d'hospitalisation
- Facture d'un établissement de santé
- Attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement
- Attestation établie par un professionnel de santé ou une association agréée, se portant garant de la présence en France

Les documents doivent être datés de plus de 3 mois (mais moins de 12 mois)

### ❑ En fonction de la nature des ressources perçues au cours des 12 derniers mois, vous devez joindre :

- Un justificatif du versement de la pension alimentaire
- Un justificatif des revenus perçus en France ou à l'étranger
- Un relevé du montant de la pension de retraite
- Les bulletins de salaires
- ...

Attention : si vous ne disposez d'aucune ressource, il convient de l'indiquer sur le formulaire. Dans ce cas, nous vous informons qu'un contrôle sur vos moyens d'existence peut être engagé.

### ❑ Autre document à joindre en fonction de votre situation :

- Vous avez déclaré une personne qui cohabite avec vous (qui n'est pas votre conjoint/concubin/partenaire PACS, ni votre enfant) : joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois
- Vous avez reçu des soins ou avez été hospitalisé dans les 90 jours précédant la demande d'AME : joindre les justificatifs de soins afin que l'AME puisse démarrer à la date de début des soins ou de l'hospitalisation
- Vous êtes en situation de mobilité réduite et il s'agit de votre première demande d'AME : joindre une attestation sur l'honneur par laquelle vous déclarez que vous ne pouvez pas déposer votre dossier à la caisse en raison de votre mobilité réduite
- Il s'agit d'une première demande pour une personne sous tutelle ou curatelle : joindre la copie du jugement de tutelle/curatelle pour justifier le non dépôt en personne du dossier auprès de la caisse



AME

ATTESTATION D'HEBERGEMENT ET DE RESSOURCES

## HEBERGEMENT

À remplir par l'hébergeant(e)

Je soussigné(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Certifie sur l'honneur que j'héberge à titre gratuit à mon domicile depuis le :

Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

## RESSOURCES

J'atteste prendre en charge la ou les personne(s) hébergée(s) pour tous les frais de la vie courante, dont l'alimentation, vêtements, transports, téléphone, scolarité, etc.

Je ne prends pas en charge les frais de la vie courante pour les personnes hébergées

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature de l'hébergeant (e) :

Signature de l'hébergé (e)

Pièces à joindre : une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois à partir de „././.. (à préciser par le gestionnaire) et de moins de 12 mois.

Art R 313 2-5 du code pénal : « Est passible d'une amende de 750 euros et d'une peine d'emprisonnement de 7 ans quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter d'obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Les agissements visés à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale ».

# COMMENT CONSTITUER LE DOSSIER ?

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR - RESSOURCES**

Je soussigné(e).....

Numéro de sécurité sociale :.....

Atteste sur l'honneur avoir perçu des ressources imposables ou non (qu'elles aient été perçues en France et/ou dans un pays étranger, pour chaque membre de votre foyer), d'un montant de : (si aucun montant, préciser = à 0)

- Les salaires (après déduction de la CSG et de la CRDS) = .....€
- Salaires non déclarés = .....€
- revenus non salariaux :
  - les allocations (familiales, chômage, etc.) = .....€
  - vos pensions reçues (retraite, rente, pension alimentaire) = .....€
  - autres ressources :
    - location de biens immobiliers = .....€
    - revenus d'épargne et de valeurs mobilières = .....€
    - aide financière famille, compatriotes ou autres = .....€

Pour la période :

Du ..... au .....

Reconnais avoir connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'expose à des sanctions pénales et qu'elle est établie en vue de production en justice\*.

Fait à ..... Le .....

Signature :

\*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441.1 du Code pénal).

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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

## Consignes pour les demandes envoyées par email

Pour rappel, il est conseillé d'envoyer le dossier selon l'ordre suivant :

### Demande AME :

- CERFA demande AME
- Documents d'Etat civil
- Justificatifs de résidence
- Justificatifs de ressources
- RIB
- Autres documents (certificat médical...)
- Formulaire (s) photo (s)

### Complément de dossier ou une mise à jour :

- Courrier
- Documents d'Etat civil
- Justificatifs de résidence
- Justificatifs de ressources
- RIB
- Autres documents (certificat médical...)
- Formulaire (s) photo (s)

- Le formulaire photos est complété comme dans la version papier; les photos respectent les consignes de recevabilité inscrites sur le formulaire.
- Pour optimiser la qualité du formulaire photo, il est conseillé de le scanner une deuxième fois en le séparant de la demande ; et de le numériser selon les critères suivants :

- En couleur et sous format pdf
- Résolution = 600 pp (voir les paramètres du scanner).

- Nous vous demandons de vérifier la conformité des documents scannés, pour les bénéficiaires que vous accompagnez. Si le formulaire photos n'est pas recevable, les CPAM demanderont de leur renvoyer selon les critères indiqués ci-dessus.

# LE DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

1<sup>re</sup> demande

↓ Dépôt physique

Le dossier de 1<sup>re</sup> demande d'Aide Médicale de l'Etat doit **être déposé en main propre** par le demandeur à

- sa **caisse d'assurance maladie de résidence**,

- dans une **France services**,

- à titre dérogatoire d'un **établissement de santé ou une PASS hospitalière**, dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge. Le dossier est transmis à la caisse dans un délai de 8 jours maximum. (formulaire s3720h **cacheté de l'établissement ou de la PASS** et un bulletin d'hospitalisation ou une attestation de l'établissement précisant les dates de consultations ou soins)

<sup>23</sup> Un dossier d'Aide Médicale de l'Etat déposé pendant la période de maintien de droit PUMa n'est pas recevable. Toutefois, les demandes déposées durant le délai contradictoire de 45 jours courant à partir de la notification de la décision de fermeture des droits PUMa, doivent être acceptées.



# LE DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

## Dérogations à ce dépôt physique

- Mineur isolé
- Enfant à charge
- Régime de tutelle ou de curatelle
- Mobilité réduite





# LE DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Dossier incomplet

Remise d'une attestation de dépôt au demandeur avec indications des pièces justificatives manquantes

Les pièces manquantes peuvent être envoyées par voie postale avec l'attestation de dépôt ou via la boîte mail [demande\\_ame.cpam422@assurance-maladie.fr](mailto:demande_ame.cpam422@assurance-maladie.fr) (voir fiche des bonnes pratiques). Le demandeur dispose de **2 mois** pour renvoyer les pièces manquantes

Au-delà de ce délai, une nouvelle demande complète d'AME doit être effectuée

Dossier complet valide 12 mois

Remise d'une attestation de dépôt  
**Ouverture du droit à la date de dépôt physique de réception du dossier**

Délivrance d'une **carte d'admission à l'AME en main propre dans un accueil caisse d'assurance maladie**



# LE DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

A partir du 10ème mois de validité jusqu'au 12ème mois

Renouvellement

## Dossier de renouvellement

2 mois avant la date de fin de l'AME, un courrier est envoyé au bénéficiaire.

Le dossier de renouvellement est à préparer et à déposer selon la modalité souhaitée

- Voie postale
- Dépôt physique
- Courriel ([demande\\_ame.cpam422@assurance-maladie.fr](mailto:demande_ame.cpam422@assurance-maladie.fr))



**Un dossier de renouvellement déposé plus d'un an après l'échéance d'un précédent droit à l'AME est considéré comme une 1<sup>re</sup> demande.**

## QUAND DÉBUTENT LES DROITS ?

Les droits à l'AME démarrent à compter du jour du dépôt du dossier (même incomplet) et sont valables 1 an



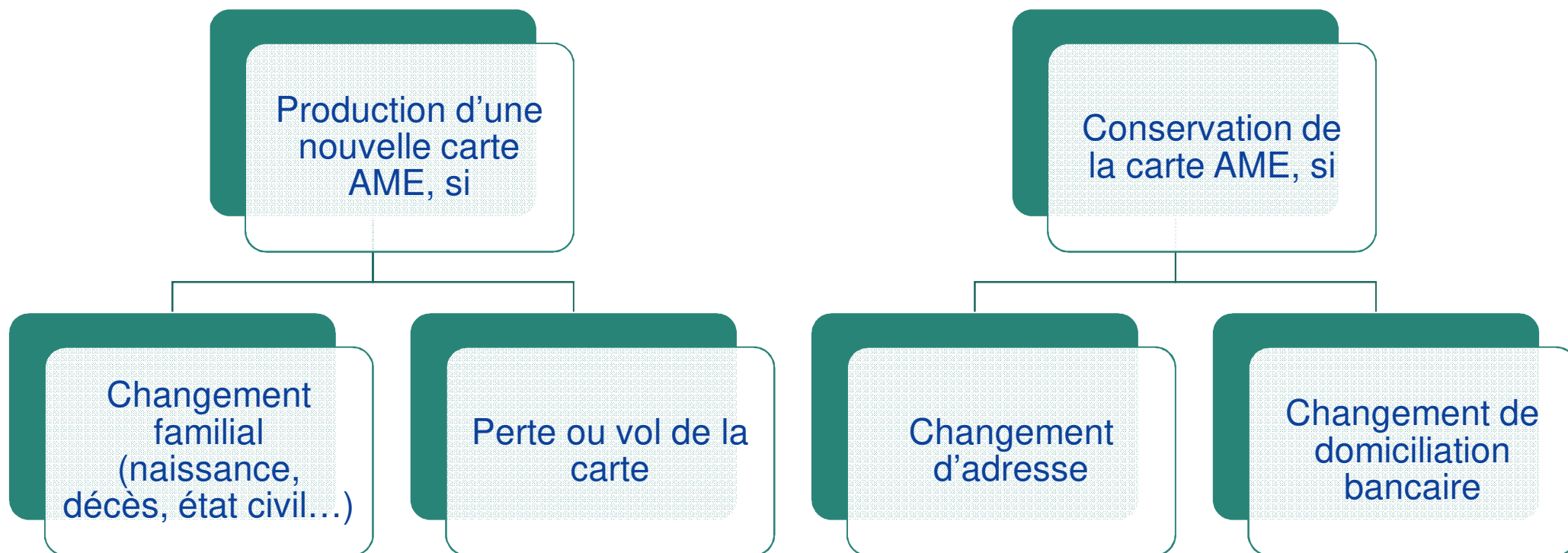
Exception

**En cas d'hospitalisation ou de soins**, le demandeur a 90 jours pour déposer sa demande, à compter de la date d'entrée dans l'établissement ou la date de soins.



*Pour que la rétroactivité puisse être appliquée, les conditions d'attribution de l'AME doivent être remplies à la date d'entrée dans l'établissement ou des soins.*

# LA CARTE D'ADMISSION D'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT



## LE DÉLAI DE CARENCE

Pour les bénéficiaires de l'AME dont leur droit est ouvert à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, certains soins et traitements non urgents ne sont pris en charge qu'au bout d'un **délai de 9 mois après l'admission à l'AME.**

[Liste des soins et traitements avec une carence de 9 mois après l'admission à l'AME](#)



# LE DÉLAI DE CARENCE

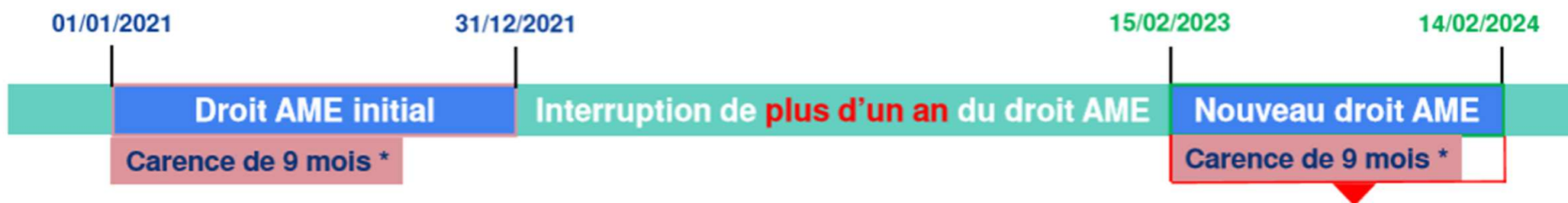


Il faut se référer au code contrat :

- Un code contrat **05** ou **06** signifie que le bénéficiaire était couvert par l'AME précédemment et qu'il remplit la condition d'ancienneté.
- En présence d'un code **04** et d'un droit AME ayant débuté depuis moins de 9 mois à la date envisagée de réalisation des prestations sous condition, le professionnel de santé doit
  - soit reporter les soins,
  - soit adresser une demande d'accord préalable au service médical de la caisse d'assurance maladie.



## LE DÉLAI DE CARENCE : EXEMPLE 1



\* Code contrat 04 également utilisé pour une première attribution

\* Carence de 9 mois pour prise en charge de certains actes (Art. R251-3 CASF)

Code contrat 04\*

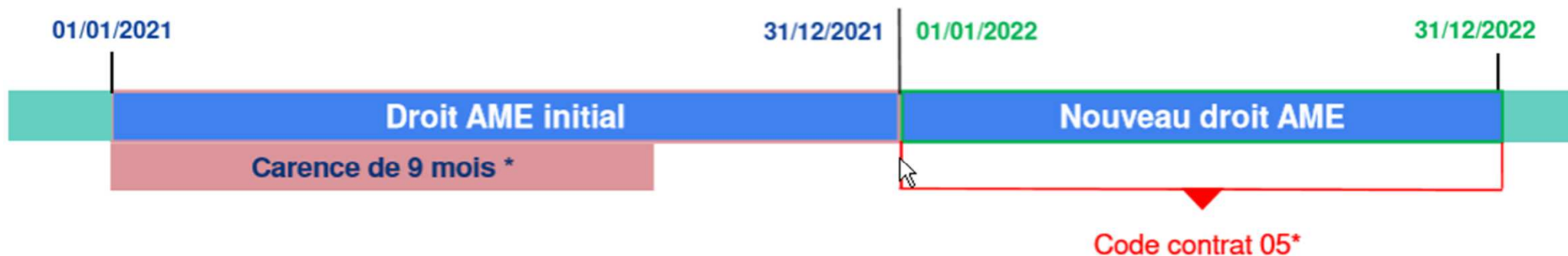
### Enregistrement code contrat 04 :

- Lors d'une 1<sup>re</sup> demande d'AME

Ou

- Si une nouvelle période d'AME est ouvert plus d'un an après la fin de la période précédente

## LE DÉLAI DE CARENCE : EXEMPLE 2



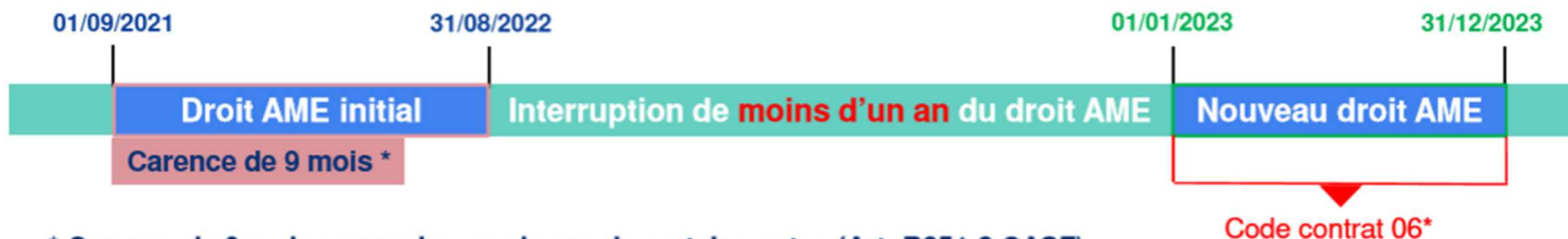
\* Carence de 9 mois pour prise en charge de certains actes (Art. R251-3 CASF)

Enregistrement code contrat 05 :

- En cas de renouvellement sans interruption entre deux périodes



## LE DÉLAI DE CARENCE : EXEMPLE 3



\* Carence de 9 mois pour prise en charge de certains actes (Art. R251-3 CASF)

Enregistrement code contrat 06 :

- Lors d'une 1<sup>re</sup> demande d'AME avec interruption de droit d'un an ou moins

# 03

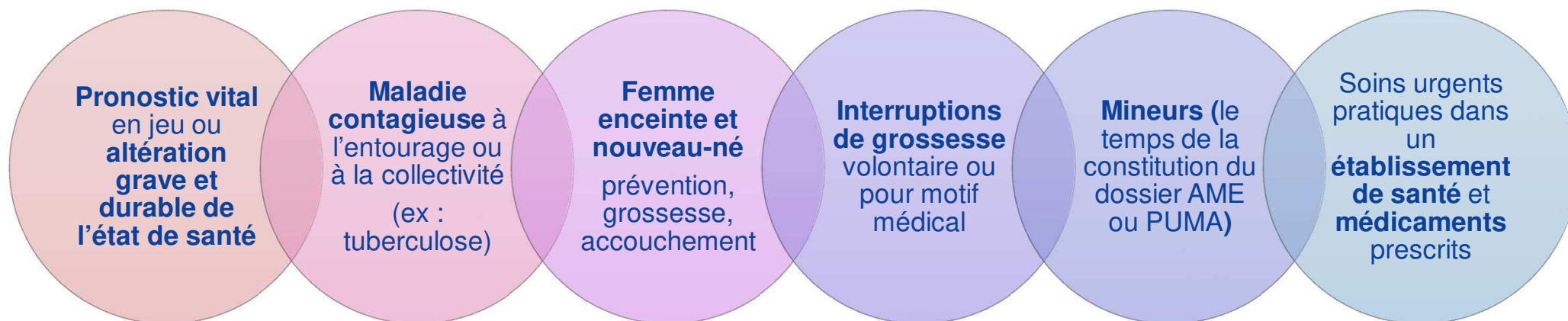
## LES SOINS URGENTS

## LES SOINS URGENTS – POUR QUI ?

- **Demandeur d'asile majeur** résidant en France depuis **moins de 3 mois**
- Personne entrée sur le territoire français, en situation irrégulière, résidant en France depuis **moins de 3 mois** (sauf les étrangers en simple séjour, avec visa de court séjour)
- Personne entrée sur le territoire français, en situation irrégulière, résidant de manière ininterrompue depuis **plus de 3 mois** et **non bénéficiaire de l'AME** (la demande de l'AME n'a pas été faite, en cours d'instruction ou refusée)

A noter : les **personnes titulaires d'un visa touristique (visa dit Schengen) en cours de validité sont exclus** de la prise en charge des soins urgents car l'obtention de leur visa est possible que sous réserve d'obtenir une assurance privée prenant en charge leurs soins.

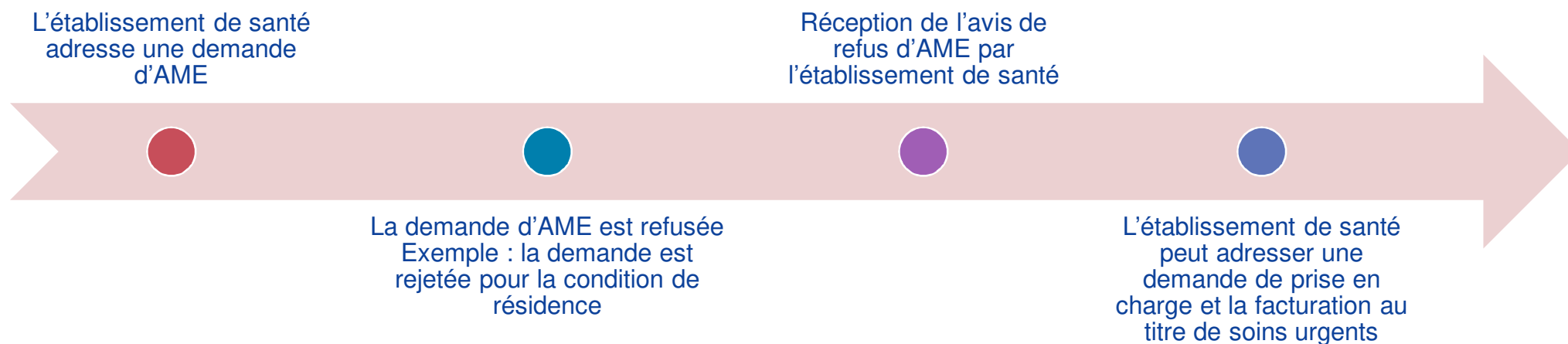
## LES SOINS URGENTS – QUELS SOINS ET/OU SITUATION ?



**Dispense d'avance de frais**

## LES SOINS URGENTS – LE CIRCUIT DE LA DEMANDE

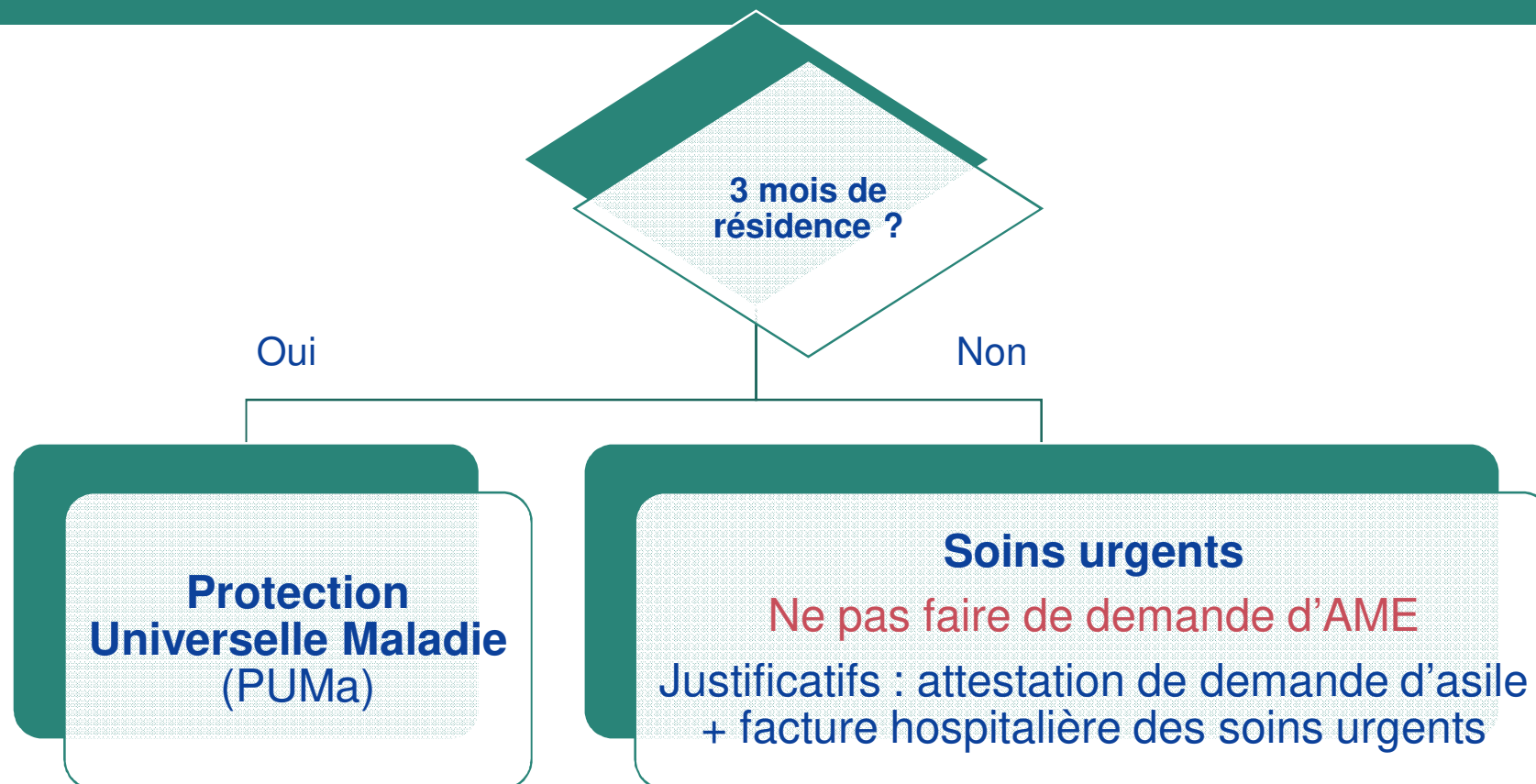
La facturation au titre des soins urgents est possible en présence d'un refus d'Aide Médicale de l'Etat.



# 04

## LES SITUATIONS DE VIE

# STATUT DE DEMANDEUR D'ASILE : LES MAJEURS



# STATUT DE DEMANDEUR D'ASILE (PARENTS RESIDANT DEPUIS MOINS DE 3 MOIS): LES MINEURS À CHARGE

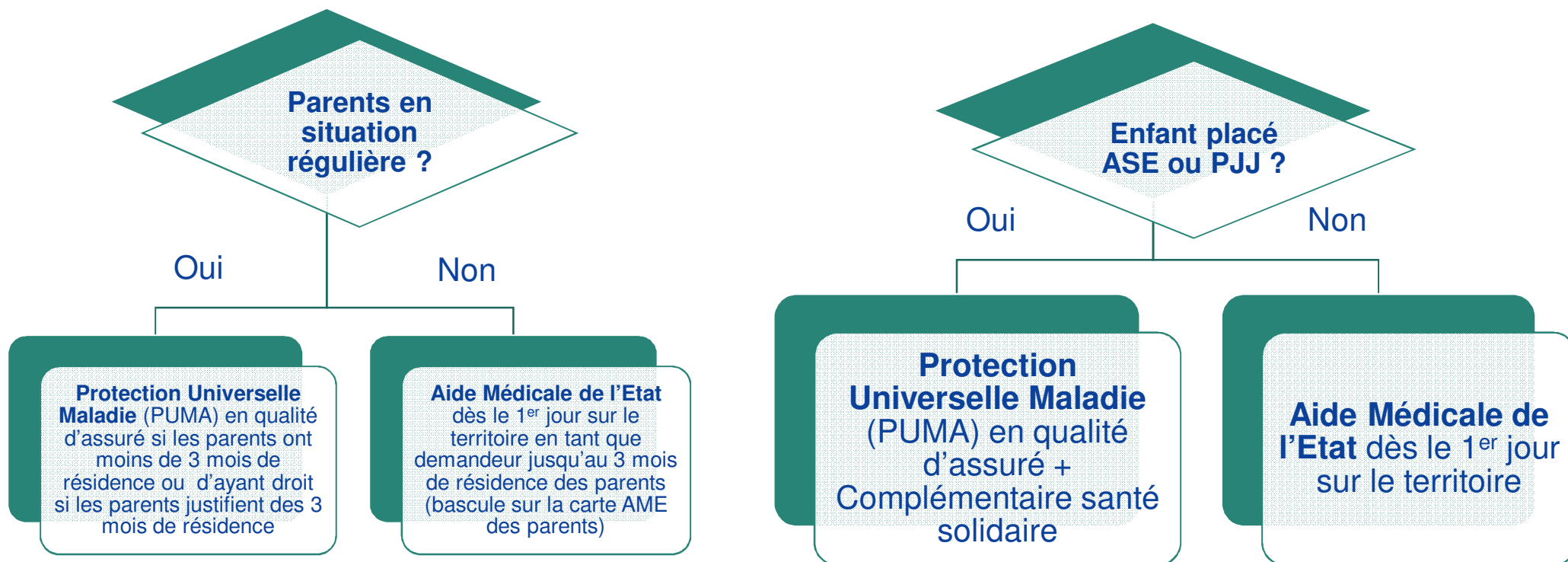
## ENFANTS MINEURS

Entrée immédiate **Protection Universelle Maladie (PUMa)**  
Accord complémentaire santé solidaire sans étude de ressources pour 3 mois + le mois en cours

Si plusieurs enfants, création de l'ainé en qualité ouvrant droit  
Les autres en qualité d'ayant droit



# STATUT DU MINEUR ETRANGER ACCOMPAGNÉ OU NON



# LES COMMUNAUTAIRES EUROPÉENS INACTIFS

Citoyens européens qui s'installent en France sans y exercer d'activité professionnelle et qui n'ont pas de couverture maladie dans leur pays d'origine.

2 conditions cumulatives pour pouvoir bénéficier de l'Assurance Maladie française (PUMA):

- 1. Ressources suffisantes pour lui-même et les membres de sa famille**
- 2. Présence sur le territoire depuis au moins 3 mois**

Traitement du dossier par le Centre des Ressortissants Européens Inactifs Communautaires (CREIC).

Formulaires à remplir : demande d'ouverture de droit à l'Assurance Maladie (1106) et recherche de droits des communautaires européens inactifs (S710)

# FORMULAIRES- S1106 : DEMANDE D'OUVERTURE DES DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

## Documents à fournir :

- ✓ Photocopie de la pièce d'identité ou du passeport
- ✓ Photocopie du titre de séjour en cours de validité
- ✓ Copie intégrale de l'acte de naissance avec filiation
- ✓ Photocopie de toute pièce justifiant de la situation professionnelle le cas échéant (contrat de travail, bulletin de salaire...)
- ✓ Tout justificatif de résidence en France daté de plus de 3 mois, si aucune activité professionnelle (bail ou contrat de location, attestation d'hébergement accompagnée des 3 dernières quittances de loyer successives précisant la date du début de l'hébergement, attestation d'hébergement d'un centre d'hébergement ou d'un CCAS...)
- ✓ RIB au nom de l'assuré

**cerfa**  
N° 15763\*02

### Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L.160-1, L.160-2, L.160-3, 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<sup>19</sup> ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.

• Afin de permettre d'avoir 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 travailleur 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.

<sup>19</sup> Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

**A Identification du demandeur**

► **VOS NOM ET PRENOMS**  
(Nom de famille de naissance ou de nom d'usage (surnom) et si y a lieu) ; prénom dans l'ordre de l'âge civil  
(il vous faut être majeur et que vous ayez un passeport, précisez votre nom de famille)

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

► Votre n° d'allocation (allocations familiales, si vous en avez une) CAF de

► Votre date de naissance Commune et pays de naissance

► Votre nationalité française  UE/EEE/Suisse  (il - y a lieu 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**

Le présent formulaire d'annonce de situation d'imprimé obligatoire ne peut constituer de fraude ou de fausses déclarations en son absence ou de fautes commises des cotisations  
selon l'article L.114-1, L.114-2, L.114-3 et l'article R.111-3 du Code de la sécurité sociale.  
En outre, l'absence de ce formulaire constitue une déclaration ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'éviter ou de faire échapper des prestations  
indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-15 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.114-14 du Code de la sécurité sociale).  
Conformément au Règlement européen n°2016/795 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 difficulté dans l'application  
de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

S 1106a

## Pièces justificatives

Vous devez fournir :

<b>cerfa</b> N° 15763*02	
► Pour justifier de votre identité si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un Etat de l'UE/EEE <sup>19</sup> ou de la Suisse	► Une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.
► Pour justifier de votre identité et de la régularité de votre séjour si vous êtes ressortissant d'un Etat hors UE/EEE <sup>19</sup> et Suisse	► 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 étranger, 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	► 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.
► 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, - bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale 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	► 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'habitation 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.
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	
Si vous avez des enfants mineurs à votre charge	► 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 <a href="http://www.ameli.fr">www.ameli.fr</a> 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. ► Votre dévot d'identité bancaire (le IBAN).

## Pour le versement de vos prestations :

► Vous devez d'abord être inscrit au RIBAN.

<sup>19</sup> Liste des pays de l'UE/EEE :  
Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Suisse.

S 1106a



# FORMULAIRES- 710 QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE DES DROITS DES COMMUNAUTAIRES INACTIFS

## Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

Si vous êtes rattaché(e) à un régime d'assurance maladie acquis dans un état membre, vous pouvez 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 au titre 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 pouvez 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.

En regard à votre situation et à vos ressources, la couverture sociale à laquelle vous pouvez 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. E104 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 complétée ou non,
- si vous êtes dans l'impossibilité de pouvoir continuer à bénéficier de votre assurance maladie (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 pouvez, 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.

### Vos 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 du 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 pouvez prétendre à l'aide médicale d'Etat (AME) sous réserve que vous remplissiez les conditions d'accès de cette aide ou, si ce n'est 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)

Dans tous les cas :	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 : - 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'hébergement, l'attestation d'hébergement, d'une pièce d'identité de l'hébergeant et d'un droit 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, RSA, ASPA, allocations, revenus forcés 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
<b>Selon votre situation :</b>	
- si votre(s) enfant(s) est(sont) scolarisé(s)	- du/des certificats 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 état 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 maladie privée contractée en France ou à l'étranger :	- votre contrat d'assurances accompagné des garanties afférentes
- si vous avez perdu le bénéfice de cette couverture maladie :	- 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, Italie, Lituanie, Lettonie, Liechtenstein, Lettonie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovaquie et Suède.

710 CNAM février 2018

## Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

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

Identification du demandeur		
Votre nom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et vos prénoms)		
Votre date de naissance		
Votre nationalité Française <input type="checkbox"/> UE/EEE/Suisse <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		
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 été domicilié, 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 <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> passé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>		
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 partenaire PACS ou concubin(e)
<b>Travaillez-vous ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui :		
• Etes-vous auto-entrepreneur ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Depuis quelle date ?	_____	_____
• Etes-vous salarié ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Depuis quelle date ?	_____	_____
• Etes-vous travailleur indépendant ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Depuis quelle date ?	_____	_____
<b>Etes-vous sans activité ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Depuis quelle date ?	_____	_____
<b>Bénéficiez-vous d'un régime d'assurance maladie ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez dans quel pays :		
• Précisez à quel titre vous êtes affilié(e) à ce régime :		
- Assuré(e) ouvrant droit ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Membre de la famille d'un(e) assuré(e) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Si vous êtes ayent droit, précisez la nationalité de votre ouvrant/droit :	_____	_____
<b>Bénéficiez-vous d'une CEAM ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez le pays qui l'a délivrée :	_____	_____
- Sa date de délivrance :	_____	_____
- Sa durée de validité :	_____	_____
<b>Bénéficiez-vous d'un formulaire E104/S040 ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
(Totalisation des périodes de résidence)		
<b>Etes-vous étudiant(e) de plus de 28 ans et/ou fréquentez-vous un établissement non agréé ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel titre bénéficiez-vous d'une couverture maladie :		
• Ayan(d) droit de vos parents ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Maintien de droits du régime d'assurance maladie de votre résidence habituelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Assurance privée ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Sécurité sociale étudiante française ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Etes-vous demandeur d'emploi ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• 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"/>
<b>Etes-vous pensionné(e) ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quel titre :		
• Invalidité ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Vieillesse ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
• Réversion ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Bénéficiez-vous d'une assurance maladie privée contractée en France ou à l'étranger ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Avez-vous perdu votre couverture maladie à la suite de circonstances imprévisibles et involontaires ?</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez ces circonstances :	_____	_____

Veuillez aussi compléter le recto SVP →

710 CNAM février 2018

## Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

Vos ressources	
<b>Vos ressources d'origine française perçues au cours des 12 mois précédant votre demande :</b>	
• Revenu de solidarité active (RSA) <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Traitements et salaires <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Autres <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
<b>Vos ressources d'origine étrangère (toutes ressources ou prestations d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale) :</b>	
• Nature : _____ - précisez le montant : _____	
<b>Les ressources de votre conjoint(e), partenaire PACS ou concubin(e)</b>	
<b>Vos ressources d'origine française perçues au cours des 12 mois précédant cette demande :</b>	
• Revenu de solidarité active (RSA) <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Traitements et salaires <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
• Autres <input type="checkbox"/> - précisez le montant : _____	
<b>Ses ressources d'origine étrangère (toutes ressources ou prestations d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale) :</b>	
• Nature : _____ - précisez le montant : _____	
<b>Les ressources des autres membres de la famille</b>	
<i>Si plusieurs personnes sont concernées, indiquez le montant global des ressources.</i>	
<b>IMPORTANT : en présence d'un étudiant dans le foyer, ses ressources doivent être justifiées par une déclaration sur l'honneur.</b>	
<b>Les ressources d'origine française perçues au cours des 12 mois précédant cette demande :</b>	
• Nature : _____ - précisez le montant : _____	
<b>Les ressources d'origine étrangère (toutes ressources ou prestations d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale) :</b>	
• Nature : _____ - précisez le montant : _____	
<b>Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur</b>	
<p>• Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la CPAM/CGSS, destinataire de la présente demande, tout changement de la situation exposée ci-dessus.</p> <p>• J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.</p>	
Signature du demandeur	
<p>• Fait à _____ le _____</p>	

La loi n° 2017-17 du 6 janvier 2017 relative à l'effacement des données des fichiers de la Sécurité sociale et à la protection des données personnelles a modifié l'article L. 114-1 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 demandeurs concernés auprès de votre organisme d'assurance maladie.

710 CNAM février 2018

# FORMULAIRES- S3705 : DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS À L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS

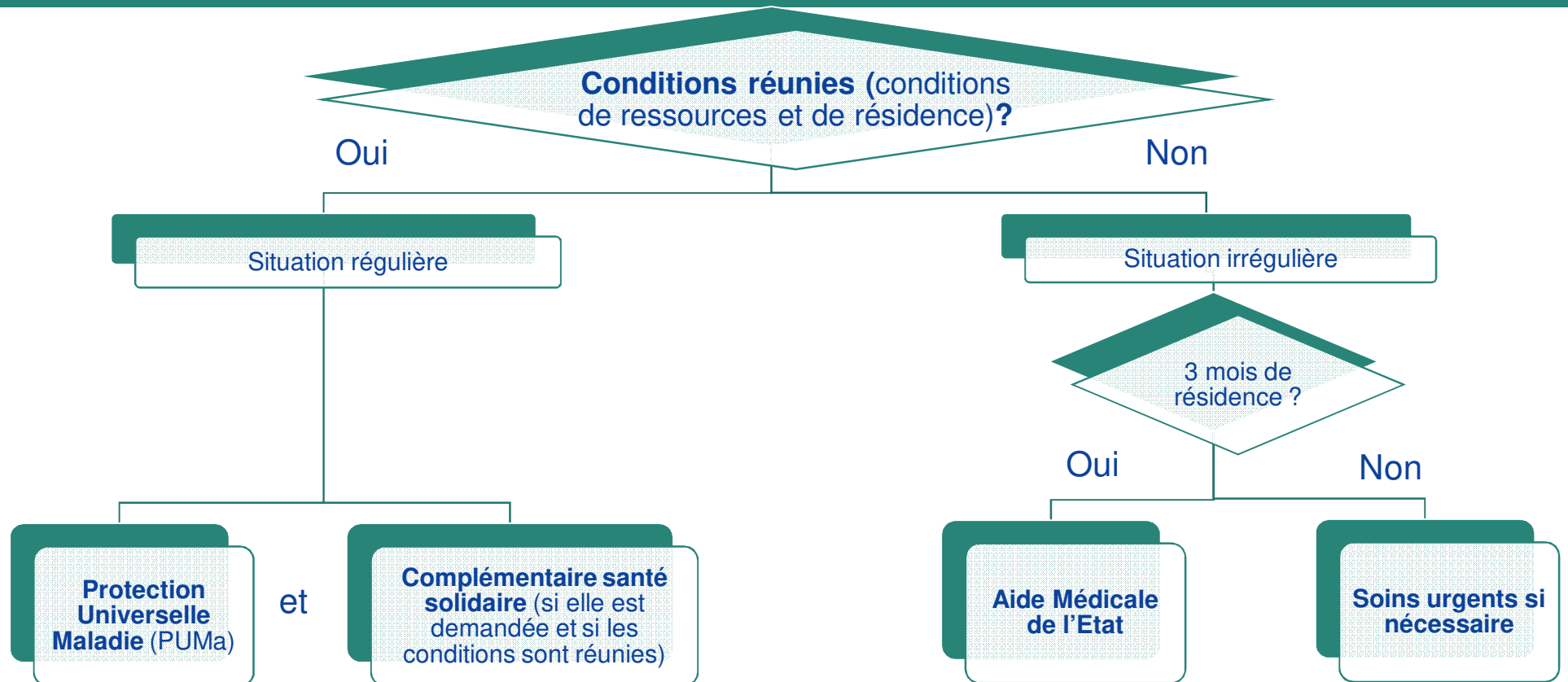
## Pièces à fournir :

- ✓ Copie du livret de famille ou acte de naissance de l'enfant
- ✓ Pour les enfants nés à l'étranger, copie intégrale de l'acte de naissance et une pièce d'identité de l'enfant

 N° 14445*02 1	<b>DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS</b> ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE <small>(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)</small>	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																				
<b>LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS</b>																				
▶ NOM : <input type="text"/> <small>(nom de famille (de naissance) ou de son épouse (conjugal et filial) à titre principal)</small>	▶ NOM : <input type="text"/> <small>(nom de famille (de naissance) ou de son épouse (conjugal et filial) à titre principal)</small>																			
▶ PRENOM(S) : <input type="text"/> Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/>	▶ PRENOM(S) : <input type="text"/> Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/>																			
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>																			
▶ Lien de parenté : <input type="text"/>	▶ Lien de parenté : <input type="text"/>																			
▶ Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : <input type="text"/>	▶ Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : <input type="text"/>																			
<b>IDENTIFICATION DES ENFANTS MINEURS A RATTACHER</b> <small>(Pour les enfants déjà rattachés, vous n'avez pas à compléter de nouveau ce formulaire)</small>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM DE FAMILLE</th> <th>PRENOM(S)</th> <th>DATE DE NAISSANCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE															
NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE																		
▶ Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soit(en)t rattaché(s) : (cochez la case correspondant à votre choix) - au parent désigné ci-dessus <input type="checkbox"/> - aux deux parents désignés ci-dessus <input type="checkbox"/>																				
▶ 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 : <input type="text"/> PRENOM(S) : <input type="text"/>																				
▶ Fait à <input type="text"/> Le <input type="text"/>																				
Signature du ou des parents demandant le rattachement <input type="text"/>																				
<small>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 modification pour les données vous concernant après en avoir informé et en respectant les modalités.                  Le présent formulaire est soumis à des règles de confidentialité. Les données déclarées sont destinées à être utilisées dans le cadre de la prise en compte de vos droits en matière de sécurité sociale.                  De même, l'assurance maladie, la caisse d'assurance maladie ou l'organisme de distribution d'un changement de situation déclaire aux autorités compétentes les données de prestations indemnitaires. Ces données sont destinées à être utilisées dans le cadre de la prise en compte de vos droits en matière de prestations indemnitaires.</small>																				

 N° 51537*02	<b>DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS</b> ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE <small>(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)</small>	NOTICE
	Pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais de santé d'un enfant, l'assuré social qui en assume la charge doit demander le rattachement de cet enfant en tant qu'ayant droit. Ce formulaire permet de rattacher l'enfant lors de son arrivée au foyer, à sa naissance ou à tout autre moment, à l'un des parents ou aux deux parents assurés, y compris dans les situations de séparation ou de divorce. Pour cela, les parents assurés complètent, datent et signent le formulaire, puis adressent le volet 1 à leur organisme d'assurance maladie et conservent le volet 2. La demande de rattachement peut également être formulée par chacun des parents sur des formulaires distincts. Ce formulaire permet également de modifier le choix de rattachement ; toutefois, sauf en cas de changement de situation, ce choix peut être modifié qu'à l'issue d'un délai d'un an.	
<b>Conditions de rattachement des enfants mineurs à charge :</b>		
Vous pouvez ainsi rattacher : <ul style="list-style-type: none"> <li>• vos enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs,</li> <li>• les enfants mineurs que vous avez recueillis (par exemple : péné-fils, ...) ou les enfants pupilles de la Nation dont vous êtes tuteur.</li> </ul>		
Le rattachement de votre enfant cesse lorsque l'une des conditions suivantes est satisfaite : <ul style="list-style-type: none"> <li>• il exerce une activité professionnelle, y compris en tant qu'apprenti,</li> <li>• il atteint l'âge de 18 ans et devient assuré à titre personnel le 1er septembre de l'année de sa majorité,</li> <li>• il est âgé d'au moins 16 ans et poursuit des études dans un établissement d'enseignement supérieur, une école technique supérieure, une grande école ou une classe du second degré préparatoire à l'une de ces écoles.</li> </ul> Dans tous ces cas, l'enfant qui devient assuré social bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.		
<b>IMPORTANT :</b> par ailleurs, à l'âge de 16 ans, quelle que soit sa situation, votre enfant peut demander à devenir assuré social. Dans ce cas, il cesse d'être rattaché en tant qu'ayant droit et bénéficie, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.		
<b>Pièces justificatives à fournir :</b>		
Pour les enfants nés en France ou à l'étranger mais dont vous connaissez le numéro de sécurité sociale, merci de joindre à votre demande attestant que vous êtes tuteur de l'enfant ou que vous l'avez recueilli : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une copie du livret de famille à jour ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou, le cas échéant, une copie du document attestant que vous êtes tuteur de l'enfant ou que vous l'avez recueilli.</li> </ul>		
Pour les enfants nés à l'étranger ou en Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française ou à Wallis et Futuna et qui n'ont pas leur numéro de sécurité sociale, deux pièces sont nécessaires en vue de leur immatriculation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un document d'état civil : copie intégrale de leur acte de naissance ou un extrait d'acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat, authentifiée par un cachet lisible</li> <li>et</li> <li>• une pièce d'identité de l'enfant (carte d'identité ou passeport) ou le certificat de contrôle médical de l'enfant délivré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) dans le cadre du regroupement familial.</li> </ul> (Pour les pièces établies en langues étrangères, rapprochez-vous des services de votre organisme d'assurance maladie.)		
Avant d'effectuer la demande de rattachement, renseignez-vous auprès de vos organismes complémentaires pour vérifier comment votre enfant sera pris en charge.		
Pour plus de renseignements, contactez votre organisme d'assurance maladie ou appelez le 3646 (0,06 euro/min + prix d'appel)		

# LES COMMUNAUTAIRES EUROPÉENS INACTIFS



# QUIZ

## QUIZ



L'association Help accompagne Monsieur F pour son premier dossier d'Aide Médicale de l'Etat. Une fois le dossier constitué, quelles sont les possibilités de dépôt ?

1. L'association Help envoie par courrier le dossier à la caisse d'assurance maladie
2. L'association Help se rend en accueil avec Joseph de la caisse d'assurance maladie
3. L'association Help se rend en accueil avec Joseph de la France services à proximité



## QUIZ



L'association Help accompagne Monsieur F pour son premier dossier d'Aide Médicale de l'Etat. Une fois le dossier constitué, quelles sont les possibilités de dépôt ?

1. L'association Help envoie par courrier le dossier à la caisse d'assurance maladie
2. L'association Help se rend en accueil avec Joseph de la caisse d'assurance maladie
3. L'association Help se rend en accueil avec Joseph de la Maison France Services à proximité

### Justification

Toute première demande d'AME doit être déposée en main propre à la caisse d'assurance maladie, en France Services

Sauf dérogations (mineur isolé, enfant à charge, régime de tutelle ou de curatelle, mobilité réduite)

## QUIZ



Monsieur F bénéficie de l'Aide Médicale de l'Etat pendant 12 mois du 01/02/2021 au 31/01/2022. Le dossier se renouvelle automatiquement ?

1. Oui
2. Non

## QUIZ



Monsieur F bénéficie de l'Aide Médicale de l'Etat pendant 12 mois du 01/02/2021 au 31/01/2022. Le dossier se renouvelle automatiquement ?

1. Oui
2. Non

A partir de quelle date Monsieur F peut constituer et envoyer son dossier AME à sa caisse d'assurance maladie ?

1. Dès le 01/09/2021
2. Dès le 01/12/2021
3. Dès le 01/02/2022

## QUIZ



A partir de quelle date Joseph peut constituer et envoyer son dossier AME à sa caisse d'assurance maladie ?

1. Dès le 01/09/2021
2. Dès le 01/12/2021
3. Dès le 01/02/2022

Justification

A partir du 10 mois de validité jusque 12 mois

# QUIZ

Quels sont les autres points de vigilance pour constituer une demande d'Aide Médicale de l'Etat ?

1. Ecrire au stylo noir sur le formulaire
2. Si aucune ressource est indiquée sur le formulaire, le demande sera rejetée
3. Agrafier 1 photo par bénéficiaire de plus de 16 ans sur le formulaire
4. Une dérogation est possible pour les pièces justificatives d'identité et de résidence
5. Un dossier déposé pendant la période de maintien de droit PUMa n'est pas recevable

**53**

**53720g**



## QUIZ

Une carte vitale est délivrée au demandeur d'Aide Médicale de l'Etat

1. Vrai
2. Faux

# QUIZ

Une carte vitale est délivrée au demandeur d'Aide Médicale de l'Etat

1. Vrai
2. Faux

Justification

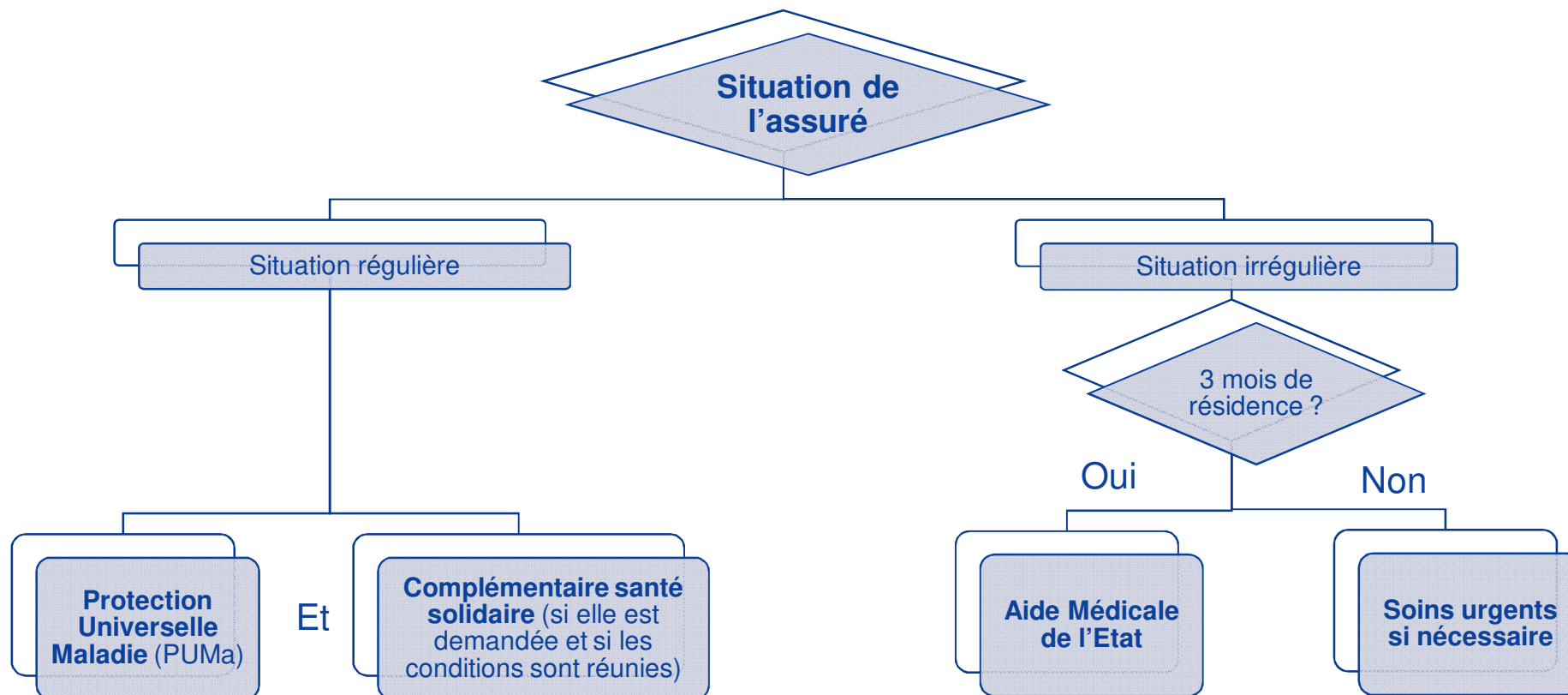
Carte d'admission Aide Médicale de l'Etat

A changer pour motif familial (naissance, décès, état civil...)





# L'ESSENTIEL



## COMMENT JOINDRE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ?

Se renseigner sur **ameli.fr** et poser vos questions sur le **forum ameli**  
Réaliser des démarches sur son compte ameli avec l'assistant virtuel ameliBot



### Contacteur un conseiller :



**Par mail**, en utilisant l'espace d'échange de votre compte ameli



**Par téléphone**

3646

Service gratuit  
+ prix appel



**Sur rendez-vous dans nos agences** (prendre rendez-vous par le compte ameli, par téléphone)

### Transmettre un document :

- Par courrier à l'adresse de votre caisse d'assurance maladie
- Les demandes d'instruction de dossiers AME, **1<sup>ère</sup> demande, renouvellement et retour de pièces avec courrier de demande de pièces, du Pôle AME** :  
[demande\\_ame.cpam422@assurance-maladie.fr](mailto:demande_ame.cpam422@assurance-maladie.fr)
- Pour les demandes de renseignements et réclamations concernant l'AME :  
[contact.ame.cpam-loire@assurance-maladie.fr](mailto:contact.ame.cpam-loire@assurance-maladie.fr)

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**