

# Protection Complémentaire Santé

## Couverture Maladie Universelle

et

### Déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé

Vous trouverez dans ce dossier tout ce dont vous avez besoin pour obtenir :

- la CMU,
- la déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé.
- une présentation des deux dispositifs,
- une demande à compléter,
- la liste des pièces justificatives à joindre au dossier.

# Qu'est-ce que la Couverture Maladie Universelle (CMU)?

Le droit à la Sécurité sociale pour tous :

- ▶ **c'est la CMU protection de base**  
(pour ceux qui n'ont pas d'assurance maladie).

Une protection complémentaire à la Sécurité sociale pour les personnes dont les revenus financiers sont limités :

- ▶ **c'est la CMU protection complémentaire.**

## ▶ LA CMU PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

- ▶ **La CMU protection complémentaire est gratuite, elle est renouvelable chaque année.**

Vous ne payez aucune cotisation.

### ▶ Qui y a droit?

Vous-même, votre conjoint(e), votre concubin ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS et les personnes de moins de 25 ans à votre charge à trois conditions :

- vous habitez en France depuis plus de 3 mois,
- vous êtes en situation régulière,
- le revenu mensuel de votre foyer ne dépasse pas un montant maximum,  
**par exemple:** - pour un foyer d'une personne : 576,13 euros par mois\*,  
- pour un foyer de deux personnes : 864,20 euros par mois\*.

\* Attention ces chiffres correspondent au total de vos revenus des 12 derniers mois divisés par 12. Ils sont valables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 en Métropole, et sont révisés chaque année.

### ▶ Quels sont vos droits?

Grâce à la protection complémentaire, vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, à la pharmacie, dans un laboratoire, à l'hôpital et chez le dentiste... Sous certaines conditions, vous ne payez plus, non plus, les prothèses et couronnes, les appareils dentaires, les verres et montures de lunettes...

- ▶ **Chaque membre de votre foyer doit choisir l'organisme qui va gérer sa CMU protection complémentaire.**

Il peut s'agir de la caisse d'assurance maladie, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance.

**Votre caisse vous remettra une liste des organismes complémentaires et un imprimé pour indiquer votre choix.**

## Qu'est-ce que la déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé ?

La déduction (ou crédit d'impôt) sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé est une réduction du montant de votre cotisation dont vous bénéficierez auprès de tout organisme de protection complémentaire (mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou institution de prévoyance).

### ▶ Qui y a droit?

Les personnes citées ci-dessus qui n'ont pas droit à la protection complémentaire CMU, à condition que le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas de 15 % le plafond fixé pour la protection complémentaire CMU.

- par exemple:** - pour un foyer d'une personne : 662,55 euros par mois\*,  
- pour un foyer de deux personnes : 993,83 euros par mois\*.

\* Attention ces chiffres correspondent au total de vos revenus des 12 derniers mois divisés par 12. Ils sont valables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 en Métropole, et sont révisés chaque année.

### ▶ Quels sont vos droits?

Vous bénéficiez d'une réduction de votre cotisation qui varie selon le nombre et l'âge des personnes composant votre foyer. Le montant de la réduction ne peut excéder le montant de votre cotisation.

- ▶ **POUR BÉNÉFICIER DE L'UN DE CES DISPOSITIFS**  
(protection complémentaire CMU ou déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé)

- ▶ **Remplissez ce dossier et adressez-le ou déposez-le à votre caisse d'assurance maladie.**

- ▶ **Remarque :** Vous ne pouvez pas bénéficier simultanément des deux dispositifs.

### ▶ Pour en savoir plus

Adressez-vous à votre organisme de Sécurité sociale, à la mairie, au service social, à une association...

# Protection complémentaire

## Demande de couverture maladie Complémentaire et/ou Demande de déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2 et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la Sécurité sociale)

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

ATTENTION : Si vous ne souhaitez pas que votre droit à la protection complémentaire CMU soit étudié, cochez cette case   
Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter le (les) formulaire(s) de choix de l'organisme complémentaire (S3712 et S3713)

### Vous-même

Votre nom (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Vos prénoms :

Votre date de naissance :    

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

Votre adresse :

Code Postal :    Commune :    Téléphone :    

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

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

Code Postal :    Commune :

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

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

\* Voir la liste des pays concernés page 4

### Votre conjoint, votre concubin ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Son nom (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Ses prénoms :

Sa date de naissance :    

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

Son organisme d'assurance maladie :

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

### Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge

Nom et prénom	Lien de parenté	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

• Si vous bénéficiez du RMI ou si vous avez déposé une demande de RMI, vous n'avez pas à remplir la déclaration de revenus qui suit. Il vous suffit de dater et signer ci-dessous.

Fait à : .....

Votre signature :

Le :    

Si ce formulaire est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de la personne qui l'a rempli.

Cachet de l'organisme :

# Protection complémentaire

## Demande de couverture maladie Complémentaire

### et/ou Demande de déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2 et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la Sécurité sociale)

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

## Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

► Par exemple, si vous déposez votre demande le 25 février 2004, indiquez les ressources perçues du 1<sup>er</sup> février 2003 au 31 janvier 2004.

Vous devez également déclarer les ressources perçues à l'étranger ou versées par une organisation internationale (même si elles ne sont pas imposables en France)

### 1 Avez-vous eu des ressources au cours des 12 derniers mois?

Si aucune des personnes de votre foyer n'a eu de ressources au cours des 12 derniers mois, il vous suffit de dater et de signer en bas de la page 3.

### 2 Salaires et traitements nets (réellement perçus)

Y compris les contrats solidarité et les revenus de stage de formation, les congés payés...

### 3 Revenus non salariés de l'année civile précédente

- Votre dernier chiffre d'affaire connu (ou votre part de chiffre d'affaire) hors taxes, si vous avez déclaré des BIC ou des BNC
- Votre revenu professionnel (voir sur votre déclaration) ou votre dernier bénéfice agricole forfaitaire connu... si vous n'avez pas fait de déclaration, indiquez les revenus professionnels de l'année dernière et joignez un justificatif

### 4 Allocations de chômage (aide pour le retour à l'emploi, allocation unique dégressive, autre...)

### 5 Autres allocations imposables ou non imposables (veuvage, autre...)

### 6 Pensions, retraites et rentes imposables ou non imposables

### 7 Pensions alimentaires reçues

### 8 Autres ressources (location de biens immobiliers, revenus d'épargne, revenus de valeurs mobilières, Plan d'Épargne Populaire, aide financière versée régulièrement par une institution...)

### 9 Pensions alimentaires versées, elles seront déduites de vos ressources

### 10 Déclarez le montant de l'argent qui ne vous apporte pas de revenu actuellement (ex. : Plan d'Épargne Logement)

Possédez-vous un terrain qui n'est pas loué ?

Possédez-vous un logement qui n'est pas loué ?

## Situations particulières prises en compte pour le calcul de vos revenus

### 11 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des indemnités journalières (au cours des 12 derniers mois)

### 12 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des allocations familiales (au cours des 12 derniers mois)

### 13 Vous êtes propriétaire de votre logement

### 14 Vous percevez une aide au logement ou vous êtes logé(e) gratuitement

### 15 Vous êtes en arrêt de travail ou vous l'avez été (au cours des 12 derniers mois) pour une maladie de longue durée

### 16 Vous êtes au chômage total ou partiel au moment de la demande

### 17 Vous percevez l'allocation de solidarité spécifique

### 18 Vous percevez l'allocation d'insertion

# Protection complémentaire

## Demande de couverture maladie Complémentaire et/ou Demande de déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2 et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la Sécurité sociale)

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

Dans chaque colonne, indiquez les ressources perçues par chaque membre de votre foyer au cours des 12 mois précédant la date de votre demande :

du \_\_\_\_ au \_\_\_\_

**Vous n'avez pas à déclarer les ressources des personnes qui ont quitté le foyer au cours des 12 derniers mois.**

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Autre personne 1 (enfant ou personne à charge de -25 ans)	Autre personne 2 (enfant ou personne à charge de -25 ans)
Nom :	.....	Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom :	.....	Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
<b>1</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>2</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>3</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>4</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>5</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>6</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>7</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>8</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>9</b>	..... €	..... €	..... €	..... €
<b>10</b>	..... € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	..... € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	..... € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	..... € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>11</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>12</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>13</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>14</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>15</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>16</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>17</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>18</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

Le soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts :

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 78.17 du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux fichiers nominatifs vous garantit un droit d'accès et de rectifications des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Date et signature :

# Informations pratiques

## ► Pièces à joindre au dossier

### En fonction de votre situation :

### Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de :

Si vous êtes inscrit(e) ou si vous avez déjà été inscrit(e) à la Sécurité sociale	► Votre carte Vitale et l'attestation qui l'accompagne
Si vous êtes Français(e) ou ressortissant(e) d'un pays listé ci-dessous *	► Votre carte d'identité, ou votre passeport, ou votre livret de famille
Si vous êtes d'une autre nationalité	► Toute pièce justifiant de la régularité de votre séjour : titre de séjour, récépissé de votre demande, convocation ou rendez-vous en préfecture...
Si vous avez des personnes à charge	► Votre livret de famille tenu à jour, ou votre certificat de concubinage ou l'attestation d'enregistrement d'un PACS
Si vous résidez en France depuis plus de trois mois	► Toute pièce justifiant que vous habitez en France : par exemple : bail de plus de 3 mois, quittances de loyer, factures EDF, certificat d'hébergement...
Si vous renouvez votre demande de droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé	► Toute pièce remise par l'organisme complémentaire justifiant de la date d'échéance du droit
S'il a été mis fin au contrat de protection complémentaire au cours de la période de votre droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé	► L'attestation remise par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire

Dans la mesure du possible, joignez aussi toutes les pièces justificatives de vos revenus :

- bulletins de paie,
- attestations des ASSEDIC...

**Lorsque votre dossier est complet, daté et signé, vous pouvez soit le déposer à votre organisme d'assurance maladie, soit le lui envoyer par la poste.**

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