

Couverture Maladie Universelle Complémentaire Aide pour une Complémentaire Santé

Dans tous les cas : Imprimés S3711 g intégralement remplis, datés et signés.

Une photocopie de chaque justificatif devra être fournie par vos soins.

☞ **Si vous êtes bénéficiaire du RSA socle :**

Fournir seulement :

justificatifs d'identité des membres majeurs du foyer + une attestation CAF à jour

☞ **Si vous n'êtes pas bénéficiaire du RSA socle :**

Justificatif d'identité en cours de validité de tous les membres majeurs du foyer

Suivant votre situation :

- ☐ Livret de famille
- ☐ Pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité ou passeport ou permis de conduire)
- ☐ Titre de séjour ou récépissé de la demande de titre de séjour + passeport

Justificatif de domicile

Suivant votre situation :

- ☐ 3 dernières quittances mensuelles successives de loyer
- ☐ Taxe foncière recto-verso
- ☐ Dernière facture d'EDF
- ☐ Attestation d'hébergement + justificatif de domicile de l'hébergeant
- ☐ Attestation de domiciliation

**DIRECTION DE LA MER
DE LA GUADELOUPE**
BP 2466 - 97085 JARRY CEDEX
Tél.: 0590 41 95 50 - Fax: 0590 41 95 69

Justificatifs de ressources et situation pour tous les membres du foyer de + 16 ans

sur les 12 derniers mois précédents la demande

- ☐ Avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016
- ☐ Attestation CAF ou attestation de non affiliation
- ☐ Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans

Suivant votre situation :

- ☐ Bulletins de salaire, ou Attestation sur l'honneur pour les périodes avec et / ou sans ressources (**pour les 12 derniers mois**)
- ☐ Avis de paiement mensuel de Pôle Emploi (**pour les 12 derniers mois**)
- ☐ Pension servie par un autre régime que l'ENIM (retraite complémentaire CGSS, Régime agricole etc...) (**pour les 12 derniers mois**)
- ☐ Justificatifs de bourse d'études (si études supérieures)
- ☐ Justificatif de pension alimentaire versée ou reçue

Justificatif supplémentaire pour l'ACS

- ☐ Attestation de la mutuelle santé mentionnant la date d'échéance du précédent contrat (ACS)

NOUS NE FAISONS PLUS DE PHOTOCOPIES !
VÉUILLEZ VOUS MUNIR DE VOS DOCUMENTS

Pour nous écrire une seule adresse :

ENIM Pôle CMUc/ACS

33, BD. COSMAO-DUMANOIR | 56327 LORIENT CEDEX

TÉL. 0 811 701 703 | www.enim.eu

cpm2.sdpo@enim.eu

courriel : acscmuc-

Extension de la CMU-C et suppression de l'ACS

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit :

- extension de la couverture actuelle de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS ;
- et, en conséquence, la suppression de l'ACS.

La CMU-C sera étendue au 1^{er} novembre 2019 et deviendra la **complémentaire santé solidaire**.

Au cours de l'année 2019, elle a eu plusieurs appellations :

CMU contributive

CMU participative

CMU étendue

La suppression de l'ACS se fera progressivement avec l'impossibilité de souscrire un contrat ACS après le 31 octobre 2019.

L'ACS disparaîtra au plus tard fin octobre 2020

Les personnes éligibles à l'ACS pourront bénéficier des mêmes avantages que la couverture CMU-C en contrepartie d'une participation financière maîtrisée en fonction de l'âge.

MONTANT MENSUEL DE LA PARTICIPATION FINANCIERE PAR BENEFICIAIRE	
Age au 1er janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

Les plafonds de ressources restent les mêmes, ils seront mis à jour en avril 2020.

Un nouveau dossier **3711i** a été mis en ligne sur ameli mais ne pourra être instruit qu'à compter du 1/11/19, l'ancien modèle sera toujours pris en considération même après le 1/11/19.



**Liste des organismes complémentaires participant à la
Complémentaire santé solidaire
pour la période du 1^{er} novembre 2019 au 31 décembre 2020**

Numéro SIREN	Dénomination	Adresse du siège social	Code postal	Ville
331901942	Mutuelle interprofessionnelle de prévoyance (MIP)	18 rue Baudot	97100	BASSE-TERRE
320377906	MGPS - Mutuelle générale de prévoyance sociale	Centre Commercial les Galeries de Houelbourg Bâtiment B - 2ème étage - Jarry	97122	BAIE-MAHAULT
314559451	Mutuelle Mare-Gaillard	Section Bernard	97190	LE GOSIER GUADELOUPE

Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc...;
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins ;
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.

Comment remplir votre demande ?

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

(p1)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
 - qui vous sont fiscalement rattachés,
 - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
 - ou qui reçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).
- des autres personnes de moins de 25 ans, y compris des enfants, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachés fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS).

Si la personne à charge vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant.

Vos parents qui vivent sous votre toit doivent également faire une demande individuelle.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

(p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en a fait la demande (et avez une demande de Complémentaire santé solidaire en cours à ce titre), de l'allocation adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Dans l'éventualité où votre foyer ne pourrait pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, la demande d'un jeune âgé de 18 à 25 ans de votre foyer pourra être étudiée individuellement s'il bénéficie ou a demandé à bénéficier du RSA.

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

(p2)

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources, perçues en France ou à l'étranger et dont chaque membre de votre foyer a disposé au cours des douze derniers mois précédant votre demande.

Vous n'avez pas à nous déclarer les ressources suivantes, elles ne sont pas prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s,
- autres prestations : les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, etc..



(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants)

**Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.**

- Vous-même

Vos nom et prénoms :

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

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

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

Votre date de naissance : | | | | | | | |

Votre nationalité : française ☒ européenne* ☐ autre ☐

Votre adresse :

Code Postal : Commune :

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 situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ?** oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ marié(e) - en concubinage - pacsé(e) ☐ séparé(e) - divorcé(e) ☐ veuf ou veuve ☐

- **Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS**

Ses nom et prénoms :

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

Son n° de sécurité sociale (s'il/si elle en a un) : _____

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

Sa date de naissance :

Sa nationalité : française ☐ européenne* ☐ autre ☐

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

- **Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue**

(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

[illegible]

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.

[illegible]

► LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la Complémentaire santé solidaire sont reconnus, en lui transmettant les pages 3 et 4.

BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site [complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

■ Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ Cochez les cases en fonction de votre situation

Avez-vous actuellement un organisme complémentaire ?

Oui ☐ Non ☐

Bénéficiez-vous actuellement de la Complémentaire santé solidaire ou de la CMU-C* ?

Non ☐ Oui ☐

Votre organisme figure-t-il dans la liste sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ?

Oui ☐ Non ☐

Quel organisme souhaitez-vous choisir pour la gestion de votre Complémentaire santé solidaire : votre caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire figurant dans la liste sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ?

Organisme complémentaire figurant dans la liste ☐ Caisse d'assurance maladie ☐

Remplissez la rubrique ❷ ci-dessous

Remplissez la rubrique ❷ ci-dessous

Vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques ❸ et ❹ page 4

Pensez à dater et à signer page 4

❷ Nom de l'organisme gérant votre Complémentaire santé solidaire :
Adresse :
Code Postal : Commune :

Passez aux rubriques ❸ et ❹ page 4, puis datez et signez

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné atteste sur l'honneur ne pas posséder de bulletins de salaire, et déclare avoir perçu les sommes suivantes sur les 12 derniers mois :

<u>MOIS</u>	<u>MONTANT</u>

Fait le:

signature: