

Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité

(articles L. 160-1, L. 160-2 et D. 160-1 du Code de la sécurité sociale)

Ce formulaire doit être utilisé si vous étiez rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e) en tant qu'ayant droit et demandez à devenir assuré(e). Pour cela, vous devez être âgé(e) d'au moins 16 ans.

Il convient de le compléter et de le retourner à votre caisse d'assurance maladie accompagné d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN), libellé à vos nom et prénom.

Vos coordonnées

Votre n° de sécurité sociale (si vous le connaissez)

Vos nom et prénoms

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Votre date de naissance

Votre adresse

Code Postal

Commune

Votre n° de téléphone

Les coordonnées de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous étiez rattaché(e)

Son n° de sécurité sociale (si vous le connaissez)

Ses nom et prénoms

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Sa date de naissance (si vous la connaissez)

Son adresse

Code Postal

Commune

Attestation sur l'honneur

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Signature du demandeur

Le

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge et si vous souhaitez qu'ils soient rattachés sur votre compte, veuillez compléter un formulaire S3705.

Ce formulaire est téléchargeable sur les sites www.ameli.fr, www.msa.fr et www.rsi.fr ou à demander à votre caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

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 données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



Je suis APPRENTI(E)
Je constitue mon dossier
d'Assurance Maladie



Je suis actuellement en apprentissage, il s'agit de mon premier emploi

Pour bénéficier de mes droits à l'Assurance Maladie (remboursement de soins, prise en charge en cas d'accident de travail...), je constitue mon dossier d'assuré social :

- ▶ Je complète la fiche de renseignements (voir au dos), sans oublier de la dater et de la signer.
- ▶ Je réunis les copies des pièces justificatives suivantes :
 - ma pièce d'identité,
 - mon contrat d'apprentissage,
 - mon relevé d'identité bancaire (RIB)
- ▶ J'envoie le dossier complet à la Caisse primaire d'Assurance Maladie de mon département de résidence [voir l'adresse ci-dessous]. Je recevrai un courrier d'information de ma caisse d'Assurance Maladie dès que mon dossier sera mis à jour.



À NOTER

Si j'ai déjà ma carte Vitale, je la conserve jusqu'à réception du courrier me confirmant mon enregistrement par ma caisse d'Assurance Maladie. Je la mets ensuite à jour sur les bornes installées dans les points d'accueil de l'Assurance Maladie, les pharmacies et certains établissements de santé.



- Assurance Maladie de Paris**
75948 PARIS CEDEX 19
- Assurance Maladie de Seine-et-Marne**
77605 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 03
- Assurance Maladie des Yvelines**
78085 YVELINES CEDEX 9
- Assurance Maladie de l'Essonne**
91040 EVRY CEDEX
- Assurance Maladie des Hauts-de-Seine**
CPAM92
92026 NANTERRE CEDEX
- Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis**
CS 60300
93018 BOBIGNY CEDEX
- Assurance Maladie du Val-de-Marne**
94031 CRETEIL CEDEX
- Assurance Maladie du Val d'Oise**
95017 CERGY PONTOISE CEDEX



N° 15680*01

Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité

(articles L. 160-1, L. 160-2 et D. 160-1 du Code de la sécurité sociale)

Ce formulaire doit être utilisé si vous étiez rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e) en tant qu'ayant droit et demandez à devenir assuré(e). Pour cela, vous devez être âgé(e) d'au moins 16 ans.

Il convient de le compléter et de le retourner à votre caisse d'assurance maladie accompagné d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN), libellé à vos nom et prénom.

Vos coordonnées

Votre n° de sécurité sociale (si vous le connaissez) 1 9 1 0 8 9 1 X X X X X X X X

Vos nom et prénoms *Attend John*
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Votre date de naissance 1 7 0 8 1 9 9 1

Votre adresse *3 Rue du Clos*

Code Postal 7 5 0 1 9 Commune *Paris*

Votre n° de téléphone

J'indique le numéro d'assuré social de mes parents si j'étais rattaché à leur compte

Les coordonnées de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous étiez rattaché(e)

Son n° de sécurité sociale (si vous le connaissez) 1 6 3 0 2 7 8 X X X X X X X X

Ses nom et prénoms
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Sa date de naissance (si vous la connaissez)

Son adresse *8 Rue du Berger*

Code Postal

J'indique obligatoirement l'adresse de mes parents

Attestation

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à *Paris*

Le 1 8 0 7 2 0 1 7

Signature du demandeur

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge et si vous êtes rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e), vous devez compléter un formulaire S3705.

Ce formulaire est téléchargeable sur les sites www.ameli.fr, www.msa.fr et www.cnam.fr

Je date et signe le formulaire

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 114-10-4 du Code de la sécurité sociale).