

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

(Articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-5 et D. 160-2 du Code de la sécurité sociale)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France (\*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie lors de votre arrivée en France, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(\*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

## A Identification du demandeur

### Vos nom et 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)  
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

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

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

CAF de

### Votre date de naissance

Votre lieu de naissance

### Votre nationalité

française

UE/EEE/Suisse

((1) - cf. liste au verso)

autre

### Votre adresse

Code Postal

Commune

Votre n° de 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

## B Situation du demandeur au regard de l'emploi

### Activité professionnelle si oui, précisez laquelle :

### Sans activité Autre précisez :

## 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.
- 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**

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.

Réf. 736 CNAMTS IV-2016



**Je suis assistant(e) de langue,  
je constitue mon dossier  
d'Assurance Maladie**



## Je demande mon affiliation au régime général

Pour bénéficier de mes droits à l'Assurance Maladie (remboursement de frais de santé, prise en charge en cas d'accident de travail...), je constitue mon dossier d'assuré social dès le début de mon activité.

### ► Remplir le bon document

Je complète l'imprimé « demande d'ouverture des droits à l'Assurance Maladie » sans oublier de le dater et de le signer. J'indique sur l'imprimé l'adresse de mon établissement de rattachement.

### ► Renvoyer les deux dernières pages de ce document complétées et accompagnées des pièces détaillées ci-dessous.

L'adresse se trouve en haut de la page ci-contre.

### ► Réunir toutes les pièces justificatives

#### JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ ET DE SÉJOUR

- pour les ressortissants de l'Union européenne : carte nationale d'identité ou passeport ;
- pour les autres : titre de séjour, visa long séjour accompagné de la page du passeport comportant les mentions relatives à l'identité.

#### JUSTIFICATIF D'ÉTAT CIVIL

- Copie intégrale d'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation, extrait d'acte de naissance plurilingue et toute pièce établie par un consulat (certificat de naissance, fiche individuelle d'état civil...) authentifiée par un cachet lisible.

Sont recevables les pièces établies dans l'une des langues suivantes : albanais, allemand, anglais, danois, croate, espagnol, finnois, hongrois, italien, letton, lituanien, néerlandais, norvégien, polonais, portugais, roumain, slovaque, suédois, tchèque et turc.

Si la pièce d'état civil n'est pas établie dans l'une des langues précédemment citées, elle doit être impérativement traduite soit par un traducteur ou interprète figurant sur les listes des juridictions françaises (Tribunal de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation française) soit par l'ambassade ou le consulat de France dans le pays où l'acte a été dressé soit par l'ambassade ou le consulat en France du pays où l'acte a été dressé.

Aucune autre traduction ne sera acceptée.

Les pièces d'état civil n'ont pas à répondre à l'obligation de légalisation ou d'apostille.

#### JUSTIFICATIF DE STATUT

Je joins :

- arrêté de nomination,
- pour les ressortissants non-communautaires, arrêté de nomination avec cachet et signature de la Direccte (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi).

LE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE DE L'ASSISTANT (compte ouvert en France)



### Le compte ameli, un espace personnel qui rend bien des services.

Le compte ameli est un espace personnel qui permet d'accéder à de nombreux services en ligne. Pour y accéder, il suffit de demander un code provisoire sur le site ameli.fr en cliquant sur « ouvrir mon compte ».

À noter, un numéro de sécurité sociale doit déjà avoir été attribué. Il sera alors possible de suivre sa commande de carte Vitale en ligne ou d'envoyer un email à la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Paris.



### Pour plus d'information

nos accueils téléphoniques, à votre service du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.

• **Établissement scolaire** : une plateforme dédiée

0 811 712 726 Service 0,06 € / min + prix appel

• **Assistant de langue** : accueil bilingue anglais/français

+33 (0) 811 36 36 46 Service 0,06 € / min + prix appel

• **Assistant de langue** : accueil francophone

Composer le 75 (département) pour être mis en relation avec la Cnam de Paris

3646 Service 0,06 € / min + prix appel

## À REMPLIR

Si j'ai un numéro de sécurité sociale en France :

Je l'indique ici :

\_\_\_\_\_

Mon établissement envoie le dossier complet à :

**ASSURANCE MALADIE DE PARIS**  
SRI/Assistants de langues étrangères  
75948 PARIS CEDEX 19

Je recevrai un courrier d'information dès que mon dossier sera enregistré.

### » À NOTER

Si j'ai déjà ma carte Vitale, je la conserve jusqu'à réception du courrier me confirmant mon enregistrement par la Caisse d'Assurance Maladie de Paris. 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.

J'indique les coordonnées de mon employeur ci-dessous :

Mon employeur est la personne désignée au sein de mon établissement de rattachement.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

## Comment remplir la demande d'ouverture des droits

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

(Articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-5 et D. 160-2 du Code de la sécurité sociale)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France (\*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie lors de votre arrivée en France, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(\*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

**A ► Identification du demandeur**

► Vos nom et prénoms **SMITH James**  
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (factuel et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil) (Si vous êtes autiste et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

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

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

► Votre date de naissance **18 08 1990** Votre lieu de naissance **London**

► Votre nationalité française  UE/EEE/Suisse  (1) - cf. Bate au verso) autre

► Votre adresse **2 rue de Paris**  
Code Postal **75000** Commune \_\_\_\_\_ Votre n° de téléphone **06 XX XX XX XX**

► Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez été domicilié  
(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)  
Code Postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

J'indique l'adresse de mon établissement principal d'affectation

### B ► Situation du demandeur au regard de l'emploi

- Activité professionnelle  si oui, précisez laquelle : **salarier**
- Sans activité  Autre  précisez : \_\_\_\_\_

### 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.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à **Paris** le **23/05/2016** signature du demandeur **J. Smith**

**IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice**

La loi rend possible l'annonce et/ou l'engagement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages sociaux (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-3 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 sociales, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-1 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'information, 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.

Réf. 736 CNAMTS IV-2016