

Mon numéro : 2950299139729 24  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
Monica cristina Duarte veiga rodrigues  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

MME MONICA CRISTINA DUARTE VEIGA  
RODRIGUES  
2 EME ETG PORTE 5  
49 RUE DE PARIS  
02100 ST QUENTIN

mon  
parcours  
d'assuré

Le 02/03/2022



**Vous souhaitez en  
savoir plus sur vos  
droits et  
démarches ?**

Connectez vous à  
[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).  
Nos conseillers se tiennent  
également à votre disposition  
sur le 36 46.

**> RENOUELEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE**

Chère Madame DUARTE VEIGA RODRIGUES,

Vous avez demandé le renouvellement de la Complémentaire santé solidaire.

Votre demande a été acceptée. Toutefois, compte tenu du montant des ressources de votre foyer, qui s'élève à 21081,79 euros, vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire sous réserve de payer une participation financière.

Le montant annuel de la participation financière par personne s'élève à :

DUARTE VEIGA RODRIGUES MONICA CRISTINA	96,00 euros
MENDES GIL BRUNO	96,00 euros
VEIGA MENDES GWEN	96,00 euros
VEIGA MENDES ADRIEN	96,00 euros

Pour nous permettre de renouveler votre droit, vous voudrez bien nous adresser le(s) document(s) joint(s) une fois complété(s). Vous recevrez ensuite une attestation de droit confirmant l'enregistrement de la Complémentaire santé solidaire.

**Pour éviter toute interruption de votre Complémentaire santé solidaire, nous vous invitons à retourner ces documents avant le 31/03/2022.**

En cas de désaccord avec cette décision, vous pouvez la contester en formulant dans un délai de deux mois à compter de cette notification un recours de la commission de recours amiable à l'adresse suivante :

 Commission de recours amiable

CPAM DE L' AISNE  
29 BVD ROOSEVELT 02323 ST QUENTIN CEDEX

Vous devez pour cela indiquer dans votre courrier de recours vos motifs de désaccord avec cette décision, et joindre tous les justificatifs appuyant votre contestation, ainsi qu'une copie du présent courrier.

Avec toute mon attention,

FLORIANE MARC  
votre correspondant de l'Assurance Maladie

Le 1er novembre 2019, la CMU-C  
et l'ACS deviennent  
la Complémentaire santé solidaire.



### Je simplifie mes démarches santé en ouvrant mon compte sur ameli.fr !

**Avec mon compte sur ameli.fr** : je consulte à tout moment mes remboursements, je télécharge mes attestations de droits, je m'informe sur mes droits et démarches, je contacte en ligne ma caisse d'Assurance Maladie, ma demande est prise en compte sous 48 heures.



→ Article L 861-1-du Code de la Sécurité Sociale; article L 861-5 du Code de la Sécurité Sociale; articles L 142-4, R 142-1 et R 142-1-A III du Code de la Sécurité Sociale

## Bulletin d'adhésion à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Articles L.861-1 et suivants du code de la sécurité sociale

### Identification du demandeur :

Nom (nom de famille, suivi du nom d'usage le cas échéant) : MME DUARTE VEIGA RODRIGUES  
 Prénom : MONICA CRISTINA Date de naissance : 14/02/1995  
 Adresse : 49 RUE DE PARIS 2EME ETAGE PORTE 5  
 Code postal : 02100 Commune : SAINT QUENTIN  
 Numéro de sécurité sociale : 2950299139729 24

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire : CPAM DE L AISNE

### Liste des membres du foyer ayant choisi cet organisme :

Nom Prénom	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Code de l'organisme d'assurance maladie	Montant annuel de la participation financière
DUARTE VEIGA RODRIGUES MONICA CRISTINA	2950299139729 24	14/02/1995	01 021 5311	96,00 €
MENDES GIL BRUNO	1930199139477 20	27/01/1993	01 021 5311	96,00 €
VEIGA MENDES GWEN	2950299139729 24	21/08/2021	01 021 5311	96,00 €
VEIGA MENDES ADRIEN	2950299139729 24	25/12/2017	01 021 5311	96,00 €
Montant total				384,00 €
Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, rayer son nom et indiquer le nouveau montant total				€

**Ce montant est payable en douze échéances, par prélèvement automatique mensuel.**

### Pour que le droit à la Complémentaire santé solidaire prenne effet :

- ☒ Signez ce bulletin et renvoyez-le avant le 01/06/2022 à l'organisme choisi mentionné ci-dessus.  
☐ Complétez, signez et retournez l'autorisation de prélèvement ci-jointe en joignant un RIB.<sup>1</sup>  
☒ Vous avez adhéré au prélèvement mensuel : le montant de la participation financière sera prélevé sur le compte bancaire déjà désigné.

A réception de ces éléments, vous recevrez un échéancier des prélèvements.

*Je reconnais avoir pris connaissance des garanties couvertes par le présent contrat et des conditions d'adhésion figurant dans le document annexé au présent formulaire d'adhésion et j'accepte le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.*

Signature du demandeur  
précédée de la mention "lu et approuvé" :

Fait à :   
 Date :

La gestion de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière nécessite le traitement de données vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Vos données seront conservées au plus tard trois années après la fin de la Complémentaire santé solidaire. Les données nécessaires au traitement de votre dossier peuvent être transmises aux organismes d'assurance maladie complémentaire, pour la prise en charge des prestations qu'ils versent au titre de la part complémentaire de la Complémentaire santé solidaire. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du directeur de votre organisme de rattachement ou de son (sa) délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr). En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

<sup>1</sup> Pour utiliser un autre mode de règlement, consulter la notice jointe

## Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Articles L.861-1 et suivants du code de la sécurité sociale

### Détail des garanties et des conditions d'adhésion (document à conserver)

Garanties Complémentaire santé solidaire		
Prestations		Prise en charge
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	TM <sup>1</sup>
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Médicaments	TM
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire <sup>2</sup>	TM + forfait
	Matériel médical autre	TM
Dentaire	Soins	TM
	Prothèses panier de soins Complémentaire santé solidaire <sup>2</sup>	TM + forfait
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins Complémentaire santé solidaire <sup>2</sup>	TM + forfait
	Orthodontie autre	TM
Optique	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire <sup>2</sup>	TM + forfait
	Equipements autres	TM
	Lentilles	TM
Aides auditives	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire <sup>2</sup>	TM + forfait
	Equipements autres	TM

<sup>1</sup> TM : Ticket modérateur (participation des assurés non prise en charge par votre organisme d'assurance maladie obligatoire)

<sup>2</sup> Pour en savoir plus sur les actes pris en charge dans le cadre des paniers de soins de la Complémentaire santé solidaire, vous pouvez consulter le site du Fonds CMU-C : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr). Les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives comportent a minima les mêmes actes que ceux prévus par les contrats 100% Santé.

**Date d'effet et durée de l'adhésion :** la Complémentaire santé solidaire démarre à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion et de l'autorisation de prélèvement dûment complétés, accompagnés d'un relevé d'identité bancaire. Elle est ouverte pour 12 mois. Son renouvellement doit être demandé 4 mois avant la date de fin auprès de votre organisme d'assurance maladie.

**Remboursement des frais de santé :** vous n'avez pas à avancer les frais, le professionnel de santé sera directement remboursé. Une fois votre adhésion enregistrée, nous vous adresserons une attestation mentionnant les dates de début et de fin de la Complémentaire santé solidaire pour vous et les membres de votre foyer. Vous devrez alors mettre à jour votre carte Vitale pour faire valoir vos droits auprès des professionnels consultés.

**Calcul des participations financières :** le montant de la participation financière dépend de l'âge de chaque personne au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire. Il est fixe pendant toute la période de droits.

**Règlement des participations financières :** le paiement de la participation financière annuelle est opéré par prélèvement mensuel automatique, de 12 échéances. A noter : le prélèvement sur un livret d'épargne n'est pas autorisé. La date de prélèvement est précisée sur l'échéancier qui vous sera transmis dès enregistrement de l'adhésion et du mandat de prélèvement.

Pour utiliser un autre mode de paiement que le prélèvement bancaire, vous pouvez nous contacter.

En effet, vous devrez nous régler le montant dû au titre de la première échéance mensuelle par tout autre moyen de paiement, et signer une déclaration par laquelle vous vous engagez à acquitter les mensualités suivantes avec ce même mode de paiement.

**Non-paiement des participations financières :** à défaut de paiement des participations financières, votre droit à la Complémentaire santé solidaire peut être interrompu provisoirement ou définitivement.

En cas de difficultés financières, contactez-nous.

**Changement de situation en cours de Complémentaire santé solidaire :** vous devez nous informer en cas de naissance, d'adoption, d'arrivée d'un enfant mineur, de décès, de fin de résidence en France. L'arrivée d'un enfant mineur à charge n'entraîne aucun supplément pour la période restant à courir. Le décès ou la fin de résidence en France amène à réviser ou supprimer le montant de la participation financière.

**Important :** en cas de rupture anticipée de la Complémentaire santé solidaire, vous devez mettre à jour sans délai votre carte Vitale. A défaut, votre organisme d'assurance maladie peut être amené à vous réclamer le paiement des frais qui auraient été indûment remboursés au professionnel de santé.

*La gestion de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière nécessite le traitement de données vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Vos données seront conservées au plus tard trois années après la fin de la Complémentaire santé solidaire. Les données nécessaires au traitement de votre dossier peuvent être transmises aux organismes d'assurance maladie complémentaire, pour la prise en charge des prestations qu'ils versent au titre de la part complémentaire de la Complémentaire santé solidaire. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du directeur de votre organisme de rattachement ou de son (sa) délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr). En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.*