

Mon numéro : 197079147122432

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

Ludovic FOURAGE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

M Ludovic FOURAGE
3 RUE LOUIS VIVENT
47000 AGEN

Références :

PR-10-401A Bis

Le 06/08/2025

> VOTRE DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Monsieur FOURAGE

Vous avez demandé à bénéficier de la Complémentaire santé solidaire.

Votre demande de Complémentaire santé solidaire a été acceptée. Toutefois, compte tenu du montant des ressources de votre foyer, qui s'élève à 10 862,81 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 :

Ludovic FOURAGE	96.00 €


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



Vous avez choisi votre organisme d'assurance maladie pour gérer votre Complémentaire santé solidaire. Pour permettre d'ouvrir ce droit, vous devez nous renvoyer dans les trois mois le bulletin d'adhésion et l'autorisation de prélèvement ci-joints après les avoir complétés. Pensez à joindre un relevé d'identité bancaire.

À noter : le prélèvement sur un livret d'épargne n'est pas autorisé.

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 auprès de la commission de recours amiable à l'adresse suivante :

 *Commission de recours amiable* CPAM du Lot-et-Garonne
2 rue Diderot, 47914 AGEN Cedex 9

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,

Veronique V.

Votre correspondant de l'Assurance Maladie



→ 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.

Plafonds des ressources applicables au 1er avril 2025 en métropole		
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière et AME	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	10 339 €	13 957 €
2 personnes	15 508 €	20 936 €
3 personnes	18 609 €	25 123 €
4 personnes	21 711 €	29 310 €
Au-delà de 4 personnes	4 135 €	5 583 €

Plafonds des ressources applicables au 1er avril 2025 dans les départements d'outre-mer et Mayotte		
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière et AME	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	11 507 €	15 534 €
2 personnes	17 260 €	23 301 €
3 personnes	20 712 €	27 962 €
4 personnes	24 164 €	32 622 €
Au-delà de 4 personnes	4 603 €	6 214 €

Cas particulier :

Si le foyer compte un enfant en garde alternée, la majoration du plafond le concernant sera divisée par 2.

Ex : Pour un plafond qui s'élève à 10 339 € pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière (en Métropole).

Si 1 personne compose le foyer, le plafond est égal à 10 339 €.

Si 2 personnes composent le foyer : $10\,339 + (10\,339 \times 50\%) = 15\,508\text{ €}$ => majoration prise en compte de 50 %.

Si la 2ème personne est en garde alternée : $10\,339 + (10\,339 \times 25\%) = 12\,924\text{ €}$ => majoration prise en compte de seulement 25 %.

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

Articles L.861-1 et suivants, R. 861-16-2 et suivants du code de la sécurité sociale

Identification du demandeur :

Nom *(nom de famille, suivi du nom d'usage le cas échéant)* : FOURAGE
Prénom : LUDOVIC Date de naissance : 11/07/1997
Adresse : 3 RUE LOUIS VIVENT
Code postal : 47000 Commune : AGEN
Numéro de sécurité sociale : 197079147122432

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire : 75689893 - OC CPAM

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
FOURAGE LUDOVIC	197079147122432	11/07/1997	014718494	96 €
				€
				€
				€
Montant total				96.00 €
<i>Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, rayer son nom et indiquer le nouveau montant total</i>				€

Ce montant est payable en douze échéances, par prélèvement automatique mensuel. Le montant de la première échéance s'élève à 8.00 euros.

Pour que la Complémentaire santé solidaire prenne effet, vous devez réaliser les démarches suivantes :

- ☒ Signez ce bulletin et renvoyez-le avant le 05/11/2025 à l'organisme choisi mentionné ci-dessus.
☐ Complétez, signez et retournez l'autorisation de prélèvement ci-jointe en joignant un RIB.¹
☐ 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.

Attention : tant que ces démarches ne sont pas effectuées, votre droit ne pourra pas être ouvert

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 :

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 après 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. 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.

¹ Pour utiliser un autre mode de règlement, consulter la notice jointe

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 ¹
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Médicaments	TM
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	TM + forfait
	Matériel médical autre	TM
Dentaire	Soins	TM
	Prothèses panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	TM + forfait
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	TM + forfait
	Orthodontie autre	TM
Optique	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	TM + forfait
	Equipements autres	TM
	Lentilles	TM
Aides auditives	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	TM + forfait
	Equipements autres	TM

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

² 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 www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr. Les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives comportent à 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 1er 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.

Renouvellement du droit : Le renouvellement de la Complémentaire santé solidaire doit être demandé 4 mois avant la date de fin de votre droit auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de renouvellement, le droit prend effet au 1er jour du mois qui suit la fin de votre droit antérieur.

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 1er 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. 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.

Si vous choisissez un autre mode de paiement que le prélèvement bancaire, le mandat de prélèvement ne doit pas nous être retourné. Vous devez nous adresser le montant dû au titre de la première échéance mensuelle par tout autre moyen de paiement, ainsi qu'une déclaration par laquelle vous vous engagez à acquitter les mensualités suivantes avec ce même mode de paiement.

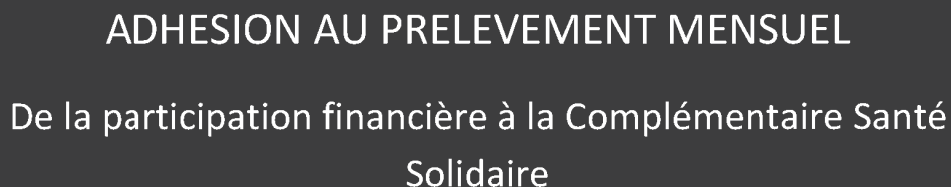
Non-paiement des participations financières : à défaut de paiement, votre droit à la Complémentaire santé solidaire peut être interrompu provisoirement ou définitivement pour vous et les membres de votre foyer pour qui vous êtes engagé à payer les participations financières. Si certaines personnes de votre foyer paient séparément, le droit à la Complémentaire santé solidaire pourra être interrompu provisoirement ou fermé pour les seuls membres de votre foyer en défaut de paiement, ainsi que pour les personnes pour qui elles se sont engagées à payer les participations

A noter : aucune nouvelle admission ou renouvellement n'est possible pendant deux ans si vous ne vous êtes pas acquitté de l'intégralité des participations financières dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise ou une réduction de dette vous a été accordée ou si vous avez bénéficié d'une aide pour le paiement des participations en raison de votre situation de précarité, ou si vous bénéficiez d'un échéancier de paiement que vous respectez.

Changement de situation en cours de Complémentaire santé solidaire : vous devez nous informer en cas de naissance, d'adoption, d'arrivée d'un enfant à charge de moins de 25 ans, 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. En cas d'arrivée d'un enfant majeur de moins de 25 ans à charge, il pourra bénéficier de la Complémentaire santé solidaire pour la période restant à courir, sous réserve de régler la participation financière correspondante. Le décès ou la fin de résidence en France amène à réviser ou supprimer le montant de la participation financière. En cas de décès du demandeur, les autres membres du foyer continuent de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement de la participation financière, sauf opposition expresse de leur part.

Renoncement à la Complémentaire santé solidaire : Vous pouvez renoncer à la Complémentaire santé solidaire à tout moment, sans frais. Pour cela, adressez-nous votre demande de renoncement par tout moyen permettant de déterminer de façon certaine la date de réception de celle-ci. Votre droit sera interrompu le dernier jour du mois de réception de votre demande de renoncement.

Important : En cas de rupture anticipée de la Complémentaire santé solidaire, vous devez mettre à jour sans délai votre carte Vitale. A défaut, nous serons amenés à vous réclamer le paiement des frais qui auraient été indûment remboursés au professionnel de santé.



NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
CPAM LOT-ET-GARONNE 2, RUE DIDEROT 47914 Agen
N° IDENTIFIANT DU CREANCIER
FR30ZZZ441208

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : COMMENT REMPLIR VOS DOCUMENTS POUR L'ADHÉSION

Pour rappel : tous les documents d'adhésion doivent être complétés et renvoyés à la CPAM pour pouvoir bénéficier de la Complémentaire santé solidaire. Vous devez compléter les 2 documents ci-dessous et les envoyer avant la date limite précisée sur votre bulletin d'adhésion.



1. VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

Écrire ici le nom
de votre ville

Fait à :
Date :

Signature du demandeur
précédée de la mention « lu et approuvé » :

N'oubliez pas
de signer

2. VOTRE AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

Écrire ici le nom
de votre ville

Fait à :
Le / /

Signature

N'oubliez pas de signer

À cocher uniquement
si le compte bancaire
n'est pas à votre nom

Écrire ici les Nom/Prénom
et adresse de la personne à qui
appartient le compte bancaire

Écrire ici la date du jour
et signez, si le compte
vous appartient.
Sinon, demandez à la
personne à qui appartient
le compte de signer.

Le / /

Signature
(titulaire du compte à débiter)

Écrire lisiblement
les références IBAN et BIC
du compte bancaire à débiter
(Les références IBAN et BIC sont
présentes sur le relevé d'identité
bancaire, transmis par la banque)



ATTENTION, CE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) DOIT ÊTRE LE MÊME QUE CELUI DE L'AUTORISATION AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL. LES RIB DE LIVRET A NE SONT PAS ACCEPTÉS.