

Mon numéro : 1950930189182 29  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
Christophe Cavazzoni  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646** Service gratuit  
+ prix appel

M CHRISTOPHE CAVAZZONI  
1 RLE DU CINSULT  
11290 ROULLENS

mon  
parcours  
d'assuré

Le 03/01/2022



### **Vous avez une question ?**

Pensez simplement à  
contacter un conseiller au  
**3646**. Il est à votre écoute  
pour vous informer sur vos  
droits et vous conseiller sur  
les démarches à effectuer.  
Le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) peut  
aussi vous renseigner.

### **> VOTRE DEMANDE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE**

Cher Monsieur CAVAZZONI,

Vous avez demandé à bénéficier de la Complémentaire santé solidaire.

Votre dossier est incomplet. Nous vous invitons à nous retourner ce courrier accompagné des documents ci-dessous :

- Joindre les justificatifs de vos ressources mensuelles (hors RSA ) du 01/11/20 au 31/10/21 ou moyens de subsistance ainsi que la copie de votre avis d'imposition 2021 sur les revenus 2020 (et non 2020 sur les revenus 2019).

Sans réponse de votre part dans un délai de 60 jours, nous ne pourrions pas étudier votre demande.

Avec toute mon attention,

Madame Pascale LLEDO  
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.

## Attestation sur l'honneur

**La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.**

*(Article L 471-1 du code de la Sécurité Sociale et 411-1 et suivants du Code Pénal)*

**Nous vous précisons par ailleurs que, conformément aux dispositions de l'article L114-19 et suivants du code de la Sécurité Sociale, les informations que vous nous fournirez pourront être vérifiées auprès des organismes qui en sont dépositaires.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le ..... à .....

**Signature :**