

Demande de prise en charge des soins à 100% (hors dépassements d'honoraires)

Article 20-11 de l'Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996

Une fois complété, veuillez joindre à ce formulaire votre avis d'imposition ou votre avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu.

Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Vous-même

Vos nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

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

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

Votre date de naissance : _____

Votre adresse :

Code Postal : _____

Commune : _____

Adresse mail : _____

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 : _____

Vous conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale (s'il en a un) : _____

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) : _____

Sa date de naissance : _____

Les autres personnes à votre charge

Nom et prénom	Lien de parenté	Date de naissance	N° de sécurité sociale
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et vrais.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du demandeur

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et vrais.

Cachet de l'organisme

NOTICE

➤ **Qui peut bénéficier de la prise en charge des soins à 100% ?**

Peuvent en bénéficier les assurés sociaux du régime de Mayotte dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Les plafonds d'attribution sont disponibles sur les sites www.ameli.fr et www.cssm.fr et sont revalorisés chaque année le 1er avril.

➤ **À quoi donne droit la prise en charge des soins à 100% ?**

Elle permet la prise en charge à 100% (hors dépassements d'honoraires) de vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville (cabinets médicaux de médecins spécialistes, médecins généralistes, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), pour les soins dispensés dans les établissements de santé, pour les médicaments prescrits et remboursables, les examens ou analyses de laboratoire et les frais de transport.

Votre prise en charge est également valable lors de vos séjours temporaires dans un autre département français.

➤ **Comment faire la demande ?**

1. Compléter ce formulaire pour votre foyer.
2. Joindre une copie de votre dernier avis d'imposition ou de votre avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (vous pouvez obtenir ce document soit en vous connectant à votre espace personnel sur le site www.impots.gouv.fr soit en le demandant à votre centre des impôts).

Vous devez joindre le ou les avis d'imposition mentionnant chaque membre figurant sur ce formulaire de demande.

3. Envoyer ou déposer votre demande auprès de votre caisse de sécurité sociale.

➤ **Comment bénéficier de la prise en charge à 100% ?**

Si votre demande est acceptée, votre caisse remettra une attestation de prise en charge à 100% (hors dépassements d'honoraires) pour chaque membre du foyer de plus de 16 ans.

Lors de vos consultations médicales, dentaires, paramédicales, etc., ou lorsque vous irez à la pharmacie, vous devrez présenter votre attestation de droit et votre carte vitale (si vous en possédez une).

➤ **Quelle est la durée de la prise en charge à 100% ?**

L'attestation est valable un an.

Le renouvellement doit être demandé entre un mois et deux avant la date d'échéance figurant sur l'attestation. Si vous êtes bénéficiaire du RSA, il n'est pas nécessaire de demander le renouvellement de votre droit, celui-ci se fera automatiquement.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

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, 439-19, 441-1, et suivants du Code Pénal).