

# Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

Si vous êtes rattaché(e) à un régime d'assurance maladie acquis dans un état membre, vous pourrez bénéficier des prestations de l'assurance maladie française à titre permanent ou temporaire conformément au règlement CE n° 883/2004.

Si vous n'ouvrez droit à aucun titre aux frais de santé d'un régime d'assurance maladie/maternité français ou européen et que vous n'avez souscrit aucune assurance maladie privée ou que celle-ci s'avère « incomplète » (ou que des circonstances indépendantes de votre volonté vous empêchent d'y avoir droit), vous pourrez bénéficier, sous conditions, de la prise en charge de vos frais de santé.

Un examen spécifique de votre demande sera effectué par votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou votre caisse générale de sécurité sociale (CGSS).

Les conditions préalables à la prise en charge de vos frais de santé sont :

- ▶ une résidence habituelle et stable en France,
- ▶ des ressources suffisantes,
- ▶ l'absence de droits à un autre titre.

**Eu égard à votre situation et à vos ressources, la couverture sociale à laquelle vous pourrez prétendre sera soit une affiliation au Régime général sur critère de résidence soit l'AME ou uniquement la prise en charge de soins urgents en France.**

## Votre protection sociale au regard de votre situation

Afin que votre CPAM/CGSS puisse déterminer vos droits, il convient de lui transmettre tous les éléments en votre possession :

- ▶ si vous êtes rattaché(e) à un régime d'assurance maladie français ou d'un pays de l'UE/EEE\* et de la Suisse : un formulaire de droits (ex. E106 ou S1),
- ▶ si vous avez contracté une assurance maladie privée : votre contrat d'adhésion à cette assurance avec les garanties afférentes afin qu'elle puisse déterminer si cette couverture maladie est complète ou non,
- ▶ si vous êtes dans l'impossibilité de pouvoir continuer à bénéficier de votre assurance privée (perte imprévisible de vos revenus, décès de votre conjoint...) : tout document établissant vos difficultés imprévisibles aboutissant à la perte de votre couverture maladie.

Si vous êtes étudiant(e) ou demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation chômage vous n'êtes pas assimilé(e) à un « inactif » au regard du droit de séjour.

Si vous n'êtes pas rattaché(e) à l'assurance maladie de votre pays d'origine vous pourrez, sous conditions et sous réserve de l'étude de votre demande, bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé et, éventuellement, de la CMU-C.

## Jcg ressources (pour vous-même et les membres de votre famille, le cas échéant)

Toutes les ressources perçues au cours des douze mois précédant votre demande doivent être déclarées sur le questionnaire ci-joint et vous devez fournir un justificatif pour chacune d'entre elles.

L'instruction par la CPAM/CGSS de votre demande de prise en charge de vos frais de santé est conditionnée par les ressources de votre foyer perçues en France et à l'étranger (celles-ci doivent être au moins égales au montant du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), conformément à l'article R. 121-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Si ces ressources sont inférieures au montant du RSA ou de l'ASPA, votre demande ne pourra pas être instruite.

Toutefois, vous pourrez prétendre à l'aide médicale d'Etat (AME) sous réserve que vous remplissiez les conditions d'octroi de cette aide ou, si ce n'était pas le cas, à la prise en charge des soins urgents dont vous auriez besoin sur le territoire français.

## Les pièces justificatives à joindre au questionnaire (pour vous-même et les membres de votre famille, le cas échéant)

### 8Ubg' hci g' Yg Wlg' :

### Merci de fournir une photocopie lisible de :

|   |  |
|---|--|
| - pour justifier de votre identité et de votre nationalité :  | - votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité  |
| - pour justifier de votre résidence :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>. si vous êtes locataire</li> <li>. si vous êtes propriétaire</li> <li>. si vous êtes hébergé(e)</li> </ul> | - du bail, des trois dernières quittances de loyer et de votre dernière taxe d'habitation<br>- votre dernière taxe foncière et de votre dernière taxe d'habitation<br>- la dernière quittance de loyer ou d'EDF de l'hébergeant, l'attestation d'hébergement, d'une pièce d'identité de l'hébergeant et d'indiquer votre lien de parenté avec celui-ci |
| - pour justifier de vos ressources d'origine françaises et/ou étrangères des 12 derniers mois :   | - vos bulletins de salaire, allocations chômage, pension de retraite, rente, RSA, ASPA, épargne, revenus fonciers ou issus de placements financiers...<br>- toutes pièces justifiant de votre situation fiscale : avis d'imposition ou déclaration d'impôt   |
| - pour justifier de vos ressources si vous êtes étudiant(e) :   | - une déclaration sur l'honneur  |

### G'Y'cb j chY' gli U'jcb' :

|  |   |
|--|---|
| - si votre(vos) enfant(s) est(sont) scolarisé(s)   | - du(des) certificat(s) de scolarité  |
| - si vous êtes étudiant(e) :   | - votre carte d'étudiant(e)   |
| - si vous êtes demandeur d'emploi :  | - votre attestation Pôle Emploi   |
| - si vous êtes pensionné(e) :  | - votre attestation de pension ou votre notification de rente   |
| - si vous bénéficiez d'une allocation chômage versée par votre précédent Etat d'emploi :   | - votre document portable U2  |
| - si vous bénéficiez d'un régime d'assurance maladie d'un Etat de l'UE/EEE*/Suisse :   | - votre formulaire S1 ou de refus de S1   |
| - si vous bénéficiez d'une assurance privée contractée en France ou à l'étranger :<br>- si vous avez perdu le bénéfice de cette couverture maladie : | - votre contrat d'assurances accompagné des garanties afférentes<br>- tout justificatif prouvant cette impossibilité de conserver votre couverture maladie (perte de revenus, décès ou séparation du conjoint...) |

\* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Suède.

# Questionnaire "recherche de droits" ressortissants européens inactifs

A ADRESSER A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DONT VOUS DEPENDEZ

## ► Identification du demandeur X

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

Vos prénom(s)

Votre date de naissance

Votre nationalité Française  UE/EEE/Suisse  autre

Votre adresse en France

Code postal  Commune  N° de téléphone

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, indiquez le nom et l'adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile, par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée

Adresse de l'organisme

Code postal  Commune  N° de téléphone

Votre situation familiale célibataire  marié(e)  pacsé(e)  vie maritale  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Date de votre installation en France

## ► Votre protection sociale au regard de votre situation (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

|  | Vous-même                    |                              | Votre conjoint(e), partenaire PACS ou concubin(e) |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|
| <b>➤ HfUj Uj`Ynlj ci g`3</b><br>Si oui :   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous auto-entrepreneur ?<br>- Depuis quelle date ?  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous salarié ?<br>- Depuis quelle date ?  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous travailleur indépendant ?<br>- Depuis quelle date ?  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 9HYgj ci g`gUbg`UWij ]hf`3</b><br>- Depuis quelle date ?  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xfii b`ff[ ]a Y`Xfii]ggi fUbw`a U`UX]Y`3</b><br>• Si oui, précisez dans quel pays :<br>• Précisez à quel titre vous êtes affilié(e) à ce régime :<br>- Assuré(e) ouvrant droit ?<br>- Membre de la famille d'un(e) assuré(e) ?<br><small>Si vous êtes ayant-droit, précisez la nationalité de votre ouvrant-droit :</small>                               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xfii be CEAM`3</b><br>• Si oui, précisez le pays qui l'a délivrée :<br>- Sa date de délivrance :<br>- Sa durée de validité :  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xfii b`Zcfa i`U]fy`9%\$(#\$(`\$`3</b><br><small>(Totalisation des périodes de résidence)</small>  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 9HYgj ci g`fh X]UbfhY`XY`d`i`g`XY`&amp;,`Ubg`Yh`ei`Z`fei`YbhYnlj`ci`g`i`b`fHUV`]ggYa`Ybhbc`b`U[`ff`3</b><br>• Si oui, à quel titre bénéficiez-vous d'une couverture maladie :<br>- Ayant-droit de vos parents ?<br>- Maintien de droits du régime d'assurance maladie de votre résidence habituelle ?<br>- Assurance privée ?<br>- Sécurité sociale étudiante française ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 9HYgj ci g`XYa`UbXYi`f`XfYa`d`c`3</b><br>• Si oui, êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ?<br>• Bénéficiez-vous d'une allocation chômage versée par votre précédent pays d'emploi ?   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 9HYgj ci g`dYbg]cbbf`fY`3</b><br>• Si oui, à quel titre :<br>- Invalidité ?<br>- Accident du travail/maladie professionnelle ?<br>- Vieillesse ?<br>- Reversion ?   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 6fbfZVYnlj ci g`Xfii bY`Uggi`fUbw`df]j`fY`V`zbhfUW]fY`Yb`fUbw`ci`{`f`fHUb[`Yf`3</b>   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |
| <b>➤ 5j`Ynlj`ci`g`dYfXi`j`chfY`W`ei`j`Yfh`fY`a`U`UX]Y`{`U`gi`]hY`XY`XY`V]fV`bgH`ubW`g`]a`df]j`]g]V`Yg`Yh`]bj`c`cbH]fYg`3</b><br>• Si oui, précisez ces circonstances :   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/>                      | non <input type="checkbox"/> |

