



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne



CATALOGUE DES AIDES FINANCIÈRES INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

p.3

00 LE CATALOGUE

p.4

01 AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

p.4

- Aide Financière à une Complémentaire Santé (AFCS)

p.4

- Aide Jeunes à une Complémentaire Santé (AJCS)

p.5

- Aide Séniors à la Complémentaire Santé (ASCS)

p.6

02 AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

p.7

- Forfait psychologie

p.7

- Forfait psychomotricité

p.7

- Forfait précarité menstruelle

p.8

- Forfait protection pour incontinence

p.8

- Forfait dermopigmentation réparatrice

p.9

03 AIDE À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

p.10

04 AIDE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

p.10

- Aide-ménagère en sortie d'hospitalisation

p.10

- Aide-ménagère hors sortie d'hospitalisation

p.11

- Soins palliatifs

p.11

- Aide au proche aidant

p.12

05 ANNEXES

p.12

- Annexe 1

p.13

- Annexe 2

p.14

- Annexe 3 - Formulaire : Demande d'accès aux soins

p.18

- Annexe 4 - Formulaire : Demande d'aide à une complémentaire santé

00 LE CATALOGUE

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations (remboursement des soins, indemnités journalières...) habituellement versées.

Ces aides sont destinées aux personnes socialement et financièrement vulnérables.

Un dossier de demande doit être constitué et adressé à la Caisse d'Assurance Maladie. Votre situation sera examinée par une Commission Sociale qui se réunit deux fois par mois.

Si la Commission Sociale vous accorde une aide financière, elle vous sera versée soit directement, soit au tiers (professionnel de santé, organisme complémentaire, association d'aides à domicile...) pour vous éviter une avance de frais.

Toutes les informations sur les aides financières individuelles ainsi que les formulaires de demandes sont accessibles en ligne sur le site :

https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/aides-financieres-individuelles/aides-financieres-individuelles#text_226

Dans le cadre de la simplification des démarches administratives, vous êtes bénéficiaires de la C2S participative et non participative, vous n'aurez pas à fournir les justificatifs de charges et ressources si le montant de la dépense est inférieure à 700 €.



01

AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



AIDE FINANCIÈRE À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (AFCS)

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8102 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir la copie du contrat comportant les bénéficiaires ainsi que le montant annuel de la cotisation.

La décision

- Si accord, prise en charge entre 20 et 30% du montant annuel de la cotisation afin de participer au financement d'une complémentaire santé

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré après décision



Public concerné

- Les personnes ayant reçu un refus C2S mais avec de faibles ressources



AIDE JEUNES À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (AJCS)

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8102 disponible sur le site ameli.fr
- Avoir retourné le bulletin d'adhésion

La décision

- Prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou directement à l'organisme complémentaire s'il s'agit de celui de la caisse d'assurance maladie après décision.



Public concerné

- Les bénéficiaires de la C2S avec participation financière âgée de moins de 29 ans





AIDE SÉNIORS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ASCS)

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8102 disponible sur le site ameli.fr
- Avoir retourné le bulletin d'adhésion

La décision

- Prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou directement à l'organisme complémentaire s'il s'agit de celui de la caisse d'assurance maladie après décision



Public concerné

- Les bénéficiaires de la C2S avec participation financière âgée de plus de 70 ans



02

AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS



Vise les frais d'optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, forfait journalier, ticket modérateur...

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, si le montant de la dépense est < à 700 € les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au tiers sur présentation de la facture acquittée, ou titre de recettes pour les hospitalisations



Public concerné

- Toutes personnes rencontrant des difficultés pour régler les frais d'optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, forfait journalier, ou encore ticket modérateur...



FORFAIT PSYCHOLOGIE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires

La décision

- Si accord, prise en charge de 10 séances annuelles dans la limite de 50 €/séance

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au psychologue sur présentation de la facture acquittée

Public concerné

- Toutes personnes devant recourir à des séances de psychologie non prises en charge par l'Assurance Maladie (hors bilan et suivi CMPP)

FORFAIT PSYCHOMOTRICITÉ

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires, si la dépense est < à 700 €

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale
- Si accord, prise en charge du bilan neuropsychologique dans la limite de 300 € et de 30 séances annuelles dans la limite de 50 €/séance

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au professionnel sur présentation de la facture acquittée

Public concerné

- Toutes personnes devant avoir recours à des séances de psychomotricité non prises en charge par l'Assurance Maladie (hors suivi CMPP et prise en charge MDPH)

FORFAIT PRÉCARITÉ MENSTRUELLE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge d'un forfait annuel de 120 €

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré

Public concerné

- Toutes les jeunes femmes et femmes bénéficiaires de la C2S participative et non participative (entre 13 ans et 50 ans), y compris les étudiantes



FORFAIT PROTECTION POUR INCONTINENCE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir une prescription médicale
- Joindre un devis ou une facture pour 1 mois de protection
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge d'un forfait semestriel dans la limite de 700 € renouvelable une fois sur une période de 12 mois consécutifs.

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré



Public concerné

- Toutes les personnes bénéficiaires de la C2S participative et non participative âgées de moins de 60 ans



FORFAIT DERMOPIGMENTATION RÉPARATRICE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (annexe 1)
- Joindre une prescription médicale
- Fournir un devis
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge de l'intervention dans la limite de 400 € par sein

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au professionnel sur présentation de la facture acquittée.



Public concerné

- Toutes les personnes atteintes d'une ALD ayant eu un cancer du sein



03

AIDE À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

➤ DISPOSITIF PRESCRI'FORME

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Prescription médicale du médecin traitant recommandant l'activité adaptée à l'état de santé et un certificat d'absence de contre-indications
- Faire établir un devis par :
 - une Maison Sport Santé
 - un club certifié par l'Agence Régionale de Santé.

Liste disponible à l'adresse suivante :

<https://www.lasanteparlesport.fr/CLUBS-SPORT-SUR-ORDONNANCE/Je-cherche-un-club-sport-sur-ordonnance?Departement=94&Ville=&Sport=&Pathologie>



Public concerné

- Toutes les personnes atteintes d'une ALD

La décision

- Si accord, prise en charge à 70 % du bilan initial réalisé par un professionnel de santé dans la limite de 120€ et des séances dans la limite de 300€ annuels

Les modalités de paiement

- Paiement à la Maison Sport Santé ou au club sportif sur présentation de la facture acquittée, du carnet de suivi signé par l'assuré et l'intervenant du club sportif / l'APA de la Maison Sport Santé



04

AIDE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE



AIDE-MÉNAGÈRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir dernier avis d'imposition du foyer ou si le revenu fiscal de référence est égal à 0€, les justificatifs des ressources de toutes les personnes vivant au foyer
- Joindre une prescription médicale pour 20 heures
- Fournir un devis du prestataire
- Joindre le bulletin de sortie d'hospitalisation
- Vous rapprochez du service social hospitalier qui fera une évaluation de la situation



Public concerné

- Pour les personnes ne relevant pas de la Caisse Vieillesse en sortie d'hospitalisation

La décision

- Si accord, prise en charge de 20 heures d'intervention dans la limite de 512 €

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures



AIDE-MÉNAGÈRE HORS SORTIE D'HOSPITALISATION

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Joindre une prescription médicale indiquant le nombre d'heures hebdomadaire et la durée
- Fournir un devis du prestataire
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Vous rapprochez d'un service social (CCAS, EDS...) qui fera une évaluation de la situation



Public concerné

- Pour les personnes ayant besoin de l'intervention d'une aide-ménagère

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures

SOINS PALLIATIFS

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Joindre les justificatifs (*annexe 2*)
- Joindre le devis de l'association
- Transmettre de la demande par un service social, une équipe mobile de soins palliatifs, par un réseau spécialisé en soins palliatifs ou par un service de soins infirmiers à domicile agréé

La décision

- Si accord, prise en charge dans la limite de 3000 € selon les ressources.

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures



Public concerné

- Pour les personnes nécessitant l'intervention de garde malade

AIDE AU PROCHE AIDANT

La demande

- Aucune demande de la part de l'assuré(e)

Les modalités

- À partir du listing transmis par la CAF, la CPAM adressera une proposition d'aide permettant de compenser la perte de salaire par différentiel du salaire avant le congé « proche aidant » et le montant versé par la CAF au titre de l'AJPA dans la limite de 66 jours
- Joindre la notification d'accord par l'employeur du congé
- En complément, il sera proposé sans condition de ressources un forfait aide-ménagère de 20h à utiliser dans les 2 mois suivant la notification d'accord.



Public concerné

- Les bénéficiaires de l'Allocation Journalière du Proche Aidant versée par la CAF



05

ANNEXES

ANNEXE 1 - Liste des pièces à fournir

Justificatifs de ressources à fournir selon la situation

- Allocations Pôle Emploi,
- Bulletin de salaire,
- Indemnités Journalières + Complément de salaire / prévoyance,
- Pension d'invalidité,
- Rente d'un Accident du Travail,
- Pensions : retraites principales et complémentaires, minimum vieillesse (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées), allocation veuvage,
- Pensions alimentaires reçues,
- Revenus fonciers,
- Revenus d'activité non salarié,
- Allocations familiales,
- Bourses d'études de l'enseignement supérieur.

Joindre obligatoirement l'avis d'imposition ou de non-imposition

Justificatifs de charges à fournir selon la situation

- Pensions alimentaires versées,
- Loyer ou crédit immobilier
- Taxe d'habitation,
- Taxe foncière,
- Echancier de la cotisation de la complémentaire santé.

Justificatifs à fournir selon la nature de la demande

- Avis des sommes à payer de l'établissement hospitalier
- Devis détaillé de la prestation
- Facture acquittée
- Echancier de la cotisation de la complémentaire santé
- Prescription médicale



ANNEXE 2 – Liste des pièces à fournir dans le cadre des soins palliatifs

Justificatifs de ressources

- Dernier avis d'imposition ou en cas de changement de situation récent les trois derniers bulletins de salaire ou avis de versement du Pôle Emploi.

Justificatifs de charges

- Dernière quittance de loyer avec les charges locatives ou échancier d'accession à la propriété (taxe foncière en cas de fin de remboursement du crédit immobilier).

Autres justificatifs

- Attestation de prise en charge originale dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile établie par une équipe mobile de soins palliatifs, par un réseau spécialisé en soins palliatifs ou par un service de soins infirmiers à domicile agréé.
- Prescription médicale originale des aides (garde-malade à domicile) précisant le nombre d'heures par jour et le nombre de jours par semaine.
- Devis de l'association qui effectuera les gardes comportant la mention « garde-malade ».
- Convention signée avec l'Assurance Maladie du lieu de domiciliation de l'association si le demandeur dépend de la banque de France.



ANNEXE 3 - Formulaire

Demande d'accès aux soins



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLES

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ.É

Numéro de sécurité sociale :

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'allocataire CAF :

Situation familiale :

Célibataire Concubinage Marié(e)/Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Situation administrative :

Activité professionnelle Demandeur d'emploi Retraite Etudiant Invalidité
 En arrêt maladie Autres à préciser :

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré.e)

Nom du demandeur : Prénom :

Date de naissance :

COMPOSITION DU FOYER

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage, retraite ...)	Numéro de sécurité sociale
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Enfants	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Autre(s) personne(s) vivant(s) au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Realisation - CPAM 94 - 8101 - 04/2023

MOTIF DE LA DEMANDE

Votre demande concerne :

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> Séance de psychologie | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie | <input type="checkbox"/> Séance de psychomotricité | <input type="checkbox"/> Auditif / Optique |
| <input type="checkbox"/> Implants dentaires | <input type="checkbox"/> Forfait journalier | <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> Autres frais dentaires | <input type="checkbox"/> Ticket modérateur | <input type="checkbox"/> Autres à préciser |

JUSTIFICATIF À FOURNIR SELON LA NATURE DES SOINS

PRESTATIONS	Soins envisagés	Soins réalisés
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Devis détaillé Attestation de participation de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée Décompte de votre mutuelle
Auditif / Optique	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Devis avec l'offre 100 % santé et l'autre offre Attestation de participation de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée Décompte de votre mutuelle
Psychologie Psychomotricité	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Devis détaillé Attestation de participation de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Facture détaillée Décompte de votre mutuelle
Hospitalisation	-	<ul style="list-style-type: none"> Facturation ou titre de recettes Décompte de votre mutuelle
Semelles orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Devis détaillé Attestation de participation de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Facture Décompte de votre mutuelle
Maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Devis détaillé 	-
Autres demandes	<ul style="list-style-type: none"> Prescription médicale Devis détaillé Attestation de participation de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée Décompte de votre mutuelle

AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D'UN TIERS

En cas d'accord, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie du Val-de-Marne à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

- Établissement hospitalier
 Professionnel de santé
 Fournisseur
 Association
 Bailleur

Nom du tiers :

À cet effet, je vous joins le Relevé d'identité bancaire ou postal du tiers

Date :

Signature de l'assuré(e) OBLIGATOIRE

Expliquer vos difficultés :

Vous êtes en arrêt maladie, bénéficiez-vous d'un complément de prévoyance ou de salaire ?

Oui - joindre le justificatif Non

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui Non

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Oui - joindre le(s) justificatif(s) Non

Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande et j'accepte que l'intégralité des informations figurant dans le présent dossier soit communiquée aux organismes sollicités dans le cadre de l'étude de ma demande d'aide.

Date :

Signature de l'assuré(e) OBLIGATOIRE

Textes de loi

Articles L114.13 du Code de la Sécurité Sociale : est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées, par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article 150 du Code Pénal : tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.

Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4) est à adresser à :

Assurance Maladie du Val-de-Marne
Service des Aides Financières Individuelles
94031 CRETEIL cedex

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Les justificatifs de ressources et de charges du mois précédant votre demande selon votre situation (Cf. tableau ci-dessous)
- Votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition (à joindre obligatoirement)

Ressources mensuelles	
Revenus liés à une activité	Bulletin de salaire ou revenus d'apprentissage et de formation
	Attestation pôle chômage
	Indemnités journalières
	Complément d'indemnités journalières, prévoyance
	Revenu d'activité non-salariée, déclaration URSAFF
	Prime d'activité
Pensions et rentes	Pension d'invalidité
	Majoration tierce personne
	Pension retraite (dont ASPA)
	Pension de réversion
	Retraite complémentaire
	Pensions civiles et militaires
	Rentes accident du travail ou survivant
	Allocation veuvage
Prestations diverses	RSA
	Allocations familiales
	Allocation parent isolé
	Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH)
	APL / AL
	PAJE
	Autres prestations compensatoires
Autres ressources	Revenus mobiliers ou immobiliers
	Pension alimentaire
	Bourse d'études supérieures

Charges mensuelles
Loyer
Taux d'amortissement d'accession à la propriété
Déclaration d'hébergement, attestation de domiciliation
Taxe foncière
Pension alimentaire versée
Complémentaire santé



ANNEXE 4 - Formulaire

Demande d'aide à une complémentaire santé



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne

**N'oubliez pas de consulter
la notice d'informations**

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

(Vous devez avoir déclaré un médecin traitant)



SERVICE EXPÉDITEUR



IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

N° d'immatriculation _____

N° de téléphone _____

Adresse Courriel _____



SITUATION DU DEMANDEUR

(les rubriques doivent obligatoirement être cochées par l'assuré)

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) PACS Concubin(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

SITUATION ADMINISTRATIVE

Salarié Chômeur Invalide Retraité Rentier A.T. Allocataire Adulte Handicapé

Autres, précisez _____

Connaissez-vous une assistante sociale ? oui non

Si oui, précisez : Nom _____ Assurance Maladie Autres

SITUATION DU DEMANDEUR

Membres	Nom et prénoms	Date de naissance	Profession	N° d'immatriculation
Conjoint ou concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale).

A _____ Le _____ Signature originale du demandeur (obligatoire) :

10-2021 CPAM 8102.6



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne

NOTICE D'INFORMATIONS

**Vous avez reçu un accord pour une
Complémentaire Santé
Solidaire Participative.**

**Vous n'avez pas droit à la
Complémentaire Santé Solidaire
mais vos ressources
sont faibles.**

**La CPAM du Val-de-Marne peut
vous aider à financer vos
participations financières**

**La CPAM du Val-de-Marne peut
vous aider à réduire vos
frais de cotisation.**

Merci de nous retourner :

- le formulaire joint complété et signé.

Merci de nous retourner :

- la copie du contrat comportant les bénéficiaires ainsi que le montant annuel de la cotisation
- le formulaire joint complété et signé.

La demande **ORIGINALE** complète
doit être adressée à :

**L'ASSURANCE MALADIE
DU VAL-DE-MARNE**
Service des Aides Financières Individuelles

94031 CRETEIL CEDEX

10-2021 CPAM 8102.b Notice

ADRESSE & CONTACT

Pour nous écrire

CPAM du Val-de-Marne
Service des aides financières
94031 CRÉTEIL CEDEX

Réalisation CPAM du Val-de-Marne – Service communication – août 2023 – Crédits photo : 123 RF



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne