



## J'AI REMPLI MA DEMANDE DE CMU-C / ACS, JE SUIS PRÊT(E) À L'ENVOYER



- **Ref 3711** : Formulaire de demande de CMU complémentaire et d'aide à une complémentaire santé.
- **Ref 3712** : Formulaire de choix de l'organisme chargé de la complémentaire santé.

### Je complète



- Sur les deux formulaires (ref 3711 et ref 3712), **les rubriques relatives à la composition de mon foyer** en indiquant les membres de ma famille vivant au foyer, y compris mes enfants de plus de 18 ans et de moins de 25 ans.  
Je n'oublie pas de mentionner pour chacun leur numéro de sécurité sociale.
- Sur le formulaire (ref 3711), mon numéro d'allocataire à la Caisse d'allocations familiale de Paris.  
(Je trouve ce numéro à 7 chiffres sur ma carte de la Caisse d'allocations familiales)
- Sur le formulaire (ref 3712), **mon choix d'organisme complémentaire** en cochant en page 2 l'option A ou B. Si je choisis l'option B, je complète le paragraphe 2. Je peux me reporter à la liste des organismes complémentaires autorisés consultable sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)  
(Droits et démarches > Par situation personnelle > Vous avez des difficultés > CMU complémentaire > Choisir votre organisme complémentaire).



Je n'oublie pas de **dater et signer** tous les formulaires.

### Je joins



- Mon formulaire de demande** (réf 3711) et **mon formulaire « le choix de votre complémentaire santé »** (réf 3712).
- Les **justificatifs de ressources** de chaque membre de ma famille pour l'intégralité des 12 mois qui précèdent la date de signature de mon dossier.
- Mon **justificatif d'identité** ainsi que ceux des personnes à ma charge :
  - Je suis français ou membre de l'Espace économique européen : ma carte d'identité, mon passeport, ou mon livret de famille.
  - Je suis d'une autre nationalité : toute pièce justifiant de la régularité de mon séjour (titre de séjour, récépissé de ma demande de titre de séjour...)
- Tous mes justificatifs** en fonction de ma situation (liste des pièces à fournir page 3 du formulaire 53711).

### J'envoie



- Ma demande par courrier à l'adresse suivante :  
**Assurance Maladie de Paris - 75948 PARIS CEDEX 19**