

**DEMANDE DE PRESTATIONS MEDICALES**  
ETUDIANT/E MONEGASQUE

**Principe et conditions :**

Tous les étudiants de nationalité monégasque, âgés de 21 à 28 ans révolus, peuvent être pris en charge en qualité d'assurés, au taux de 80 % du tarif applicable, par le Service des Prestations Médicales de l'Etat, et ce, quels que soient leur lieu de résidence, celui de leurs parents, le régime social dont relèvent leurs parents et le lieu de leurs études.

**Liste des pièces à fournir :**

A joindre à la présente demande :

- une copie de votre carte d'identité ou d'un certificat de nationalité ;
- un relevé d'identité bancaire à votre nom ou, à défaut, à celui de vos parents (dans ce cas, vous devez remplir la rubrique dédiée ci-dessous) ;
- un certificat de scolarité pour l'année scolaire ou universitaire en cours.

**Je, soussigné/e, sollicite les prestations médicales en qualité d'étudiant/e monégasque :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

**Caisse d'assurance maladie à ce jour :**

Nom et prénom de l'assuré dont vous êtes ayant droit : .....  
Caisse et matricule de l'assuré dont vous êtes ayant droit : .....

**Demande le versement sur un compte dont je ne suis pas le/la titulaire \*:**

\* Si vous souhaitez que le versement de vos prestations médicales soit effectué sur un compte dont vous n'êtes pas le/la titulaire, remplissez cette rubrique.

Je, soussigné/e, demande à ce que le versement de mes prestations soit effectué sur le compte de :  
Monsieur  Madame  : Nom et Prénom : .....

Pensez à joindre le relevé d'identité bancaire de l'intéressé/e

**Certifie sur l'honneur :**

- Ne pas bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation rémunéré
- Bénéficiaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation rémunéré   
Du |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| au |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Employeur : .....
- Ne pas exercer d'activité salariée
- Exercer une activité salariée  Employeur : .....  
Type d'activité : .....

Fait à .....

Le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature : .....