

**COUVERTURE MEDICALE SUBSIDIAIRE**

Principe et conditions.

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi n°1.562 du 2 juillet 2024 relative à la couverture médicale subsidiaire, toute personne de nationalité monégasque ou de nationalité étrangère résidant dans la Principauté de façon stable et régulière depuis cinq années peut bénéficier de la Couverture Médicale Subsidiaire, sous conditions de :

- ne relever d'aucune caisse sociale monégasque ou étrangère ;
- ne pas bénéficier de l'aide médicale de l'Etat
- d'être dans l'impossibilité de souscrire un contrat d'assurance de santé individuel auprès d'une compagnie d'assurance privée.

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à 700 euros par personne.

**1 – Renseignements concernant le demandeur et les personnes vivant au foyer**

Demandeur :

Nom (ou nom de jeune fille): ..... Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation de famille :  Célibataire -  Vie Maritale -  Marié(e) -  Divorcée -  Veuf (ve)

Adresse actuelle : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Carte d'identité ou de séjour n° ..... valable du ..... au .....

Date d'arrivée à Monaco : .....

Précédente Caisse Sociale : .....

Numéro de Matricule : ..... Date de fin de droit : .....

Contrat de mutuelle santé :  oui  non

**Personne vivant au foyer :**

1) Nom (ou nom de jeune fille): ..... Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Lien avec le demandeur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité :  
.....

Carte d'identité ou de séjour n° ..... valable du ..... au .....

Date d'arrivée à Monaco : .....

Précédente Caisse Sociale : .....

Numéro de matricule : ..... Date de fin de droit : .....

Contrat de mutuelle santé :  oui  non

2) Nom (ou nom de jeune fille): ..... Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Lien avec le demandeur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité :  
.....

Carte d'identité ou de séjour n° ..... valable du ..... au .....

Date d'arrivée à Monaco : .....

Précédente Caisse Sociale : .....

Numéro de matricule : ..... Date de fin de droit : .....

Contrat de mutuelle santé :  oui  non

3) Nom (ou nom de jeune fille): ..... Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Lien avec le demandeur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité :  
.....

Carte d'identité ou de séjour n° ..... valable du ..... au .....

Date d'arrivée à Monaco : .....

Précédente Caisse Sociale : .....

Numéro de matricule : ..... Date de fin de droit : .....

Contrat de mutuelle santé :  oui  non

4) Nom (ou nom de jeune fille): ..... Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Lien avec le demandeur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité :  
.....

Carte d'identité ou de séjour n° ..... valable du ..... au .....

Date d'arrivée à Monaco : .....

Précédente Caisse Sociale : .....

Numéro de matricule : ..... Date de fin de droit : .....

Contrat de mutuelle santé :  oui  non

## 2 – Demande de prise en charge

1<sup>ère</sup> demande       renouvellement

**Période:**.....

**Modalité de paiement de la cotisation mensuelle par prélèvement bancaire uniquement.**

Je soussigné(e)....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à aviser la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales de tout changement intervenant dans ma situation durant la période de prise en charge.

Lorsque l'ensemble des conditions sont remplies, le droit à la couverture médicale subsidiaire est ouvert à compter du 1<sup>er</sup> jour calendaire du mois du dépôt de la demande complète.

La demande ne sera instruite qu'à compter de la date de dépôt d'un dossier complet. Aucun dossier incomplet, illisible ou non signé ne sera accepté.

Fait à Monaco, le

Signature

**Autorisation pour solliciter des éléments à d'autres services de l'Administration monégasque**

La Direction de l'Action et de l'Aide Sociales (D.A.S.O.) peut demander à d'autres services administratifs monégasques des éléments vous concernant et comportant des informations nominatives nécessaires à l'instruction et au suivi de votre dossier, lorsque ces éléments émanent desdits services.

Je l'y autorise

Je ne l'y autorise pas

**Protection des informations nominatives**

Les informations qui vous sont demandées seront saisies et utilisées dans un traitement d'informations nominatives appelé « Couverture Médicale Subsidaire » (C.M.S.) exploité par la D.A.S.O. Ces informations sont obligatoires. A défaut, votre demande ne sera pas instruite.

Les informations nécessaires au traitement de vos prises en charges, pourront être communiquées aux organismes et professionnels intervenant dans le cadre de la C.M.S: professionnels de santé, établissements de santé, organismes de sécurité sociale, Office de Protection Sociale, représentant légal.

Conformément à la loi n°1.165 du 23 décembre 1993 relative à la protection des informations nominatives, toute personne concernée, justifiant de son identité, dispose d'un droit d'accès, de rectification voire de suppression, aux informations la concernant qu'elle peut exercer par voie postale ou sur place dans les locaux de la Direction sis, 23 avenue Albert II à Monaco.

Fait à Monaco, le

Signature

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**ACCORD** — Couverture Médicale Subsidiaire attribuée à :

- ..... Taux : .....
- ..... Taux : .....
- ..... Taux : .....
- ..... Taux : .....

A compter du : ..... Au : .....

**REFUS**