

La démarche pas-à-pas

ADHESION À LA
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ SOLIDAIRE
PARTICIPATIVE



ADHÉSION DANS LE
CADRE D'UNE PREMIÈRE
DEMANDE DE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
SOLIDAIRE





Etape(0) : Cas 1 : Confirmation d'éligibilité de l'assuré à la complémentaire santé solidaire

Service accessible depuis l'onglet « [Mes démarches](#) »

L'assuré a le **droit** à la complémentaire santé solidaire.
Le **montant** de sa participation est affiché ainsi que la **date** avant laquelle il doit valider son bulletin d'adhésion et son mandat.

Compte ameli

Déconnexion

[Accueil](#) [Mes paiements](#) [Mes démarches](#) [Mon espace prévention](#) [Mes informations](#)

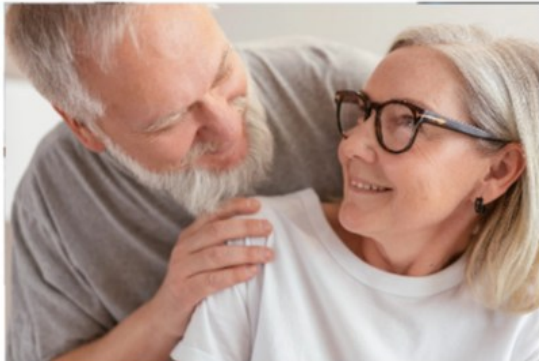
Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

Vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire sous réserve de payer une participation financière.

Le montant annuel de la participation financière s'élève à 72,00 € à régler par prélèvement (pour régler par un autre mode de paiement, veuillez contacter votre caisse).

Pour que votre droit à la Complémentaire santé solidaire puisse démarrer, vous devez compléter votre dossier d'adhésion et valider votre mandat de prélèvement SEPA avant le 29/06/2022.

Pour adhérer à votre Complémentaire santé solidaire, merci de bien vouloir vérifier vos informations.



Vérifier vos informations

Il poursuit



Etape(0): Cas 2 : non éligibilité de l'assuré à la démarche en ligne

- 1. L'adhésion à la Complémentaire santé solidaire participative en ligne** est réservée aux assurés ayant choisi un organisme complémentaire de l'Assurance Maladie.
- 2. Non-éligibilité :** la demande de l'assuré n'a pas (encore) été validée, ou ne requiert pas de participation financière.
- 3. Démarche en cours :** l'assuré a déjà réalisé une demande d'adhésion.
- 4. Dépassement de délai :** l'assuré n'as pas réalisé sa demande d'adhésion dans un délais de 3 mois.



Etape(1) : Validation de la liste des bénéficiaires

Affichage du **bulletin d'adhésion** comportant la **liste des bénéficiaires** de la complémentaire santé solidaire au sein du foyer.

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

1 2 3

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire :
caisse d'assurance maladie de Paris.

Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, retirez le ci-dessous :

(1) montant estimatif, un échéancier vous sera fourni dans votre espace d'échange quelques jours après validation de l'adhésion.

Bénéficiaire	Montant annuel (€)
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	36,00
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	12,00 X
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	24,00 X
TOTAL	72,00 Soit 6,00 € par mois (1)

Retour Valider ces informations

Il poursuit

Retirer un bénéficiaire X

DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME va être retiré et ne bénéficiera pas de la complémentaire santé. En êtes-vous sûr ?

Annuler Retirer

L'assuré a le choix de **retirer** un ou plusieurs bénéficiaires.

(1) montant estimatif, un échéancier vous sera fourni dans votre espace d'échange quelques jours après validation de l'adhésion.

Bénéficiaire	Montant annuel (€)
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	36,00
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	12,00 X
TOTAL	48,00 Soit 4,00 € par mois

Annuler mes changements

Retour Valider ces informations

En cas d'erreurs, il est possible d'annuler son choix.

Etape(2) : Confirmation de l'IBAN

L'IBAN qui s'affiche par défaut est celui **utilisé** par l'Assurance Maladie pour rembourser les soins.

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

1 2 3

Résumé du prélèvement SEPA :

Référence unique :
XXXXXXXXXXXXXX

Titulaire du compte bancaire :
M DENY ALEXIS

Adresse :
35 Rue de la Guile
75020, Paris

Compte à débiter :
FR** **** *
**** *

Nom et adresse du créancier :
CPAM de Paris
74 Rue Archereau
75040 PARIS

Numéro d'identifiant du créancier :
XXXXXXXXXXXXXX

Si vous souhaitez que vos participations financières soient prélevées sur un autre compte, merci de compléter le mandat reçu par courrier ou dans l'espace d'échange de votre compte ameli, joindre un RIB et les renvoyer avec le bulletin d'adhésion à votre caisse d'assurance maladie.

En choisissant votre mode de paiement, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

[Etape précédente](#) **Confirmer votre mode de paiement**

Si l'assuré souhaite utiliser **un autre IBAN**, il quitte la démarche en ligne. Et il envoie par courrier à sa caisse, son bulletin d'adhésion, son mandat de prélèvement et son IBAN.

Il poursuit.



The graph shows two linear functions on a coordinate plane. The x-axis is labeled 'Number of hours' and the y-axis is labeled 'Number of pages read'. A solid line starts at the origin (0,0) and increases linearly. A dashed line starts at a positive value on the y-axis and decreases linearly, intersecting the x-axis at a positive value.

[illegible]

Il poursuit.

Etape(4) : Fin de la demande d'adhésion



Compte ameli

Assurance Maladie

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

✓

Votre demande a bien été prise en compte !
Vous serez informé de la confirmation de votre adhésion dans les plus brefs délais.

Résumé du prélèvement SEPA :

Numéro de compte bancaire :	XXXXXXXXXXXX
Titulaire du compte bancaire :	M. DUPONT ALBERT
Adresse :	20 Rue de la Digue 75012 Paris
Compte à débiter :	XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX
Nom et adresse du créancier :	Caisse de Paris 74 Rue Archimède 75003 Paris
Numéro d'identification du créancier :	XXXXXXXXXXXX

Télécharger votre récapitulatif

NOTES ENTRE DÉMARCHES

Retourner au tableau de bord

Informations légales | Propriété intellectuelle | Conditions d'utilisation | Aide | Plan du site

Tout est bon. L'assurance Maladie reviendra vers l'assuré pour lui confirmer son adhésion



Accueil | Mes paiements | Mes démarches | Mon espace prévention

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

1 2 3

Votre situation ne permet pas d'adhérer à la Complémentaire santé solidaire depuis votre compte ameli.

Pour poursuivre votre démarche, merci de bien vouloir contacter votre caisse d'assurance maladie.

Retourner au tableau de bord

Demande KO.

ADHÉSION DANS LE
CADRE D'UN
RENOUVÈLEMENT DE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
SOLIDAIRE





Etape(0) : Cas 1 : Confirmation d'éligibilité de l'assuré à la complémentaire santé solidaire

Service accessible depuis l'onglet « [Mes démarches](#) »

L'assuré a le **droit** à la C2S. Le **montant** de sa participation est affiché ainsi que la **date** avant laquelle il doit valider son bulletin d'adhésion et son mandat.

Compte ameli  Déconnexion

Accueil Mes paiements Mes démarches Mon espace prévention Mes informations

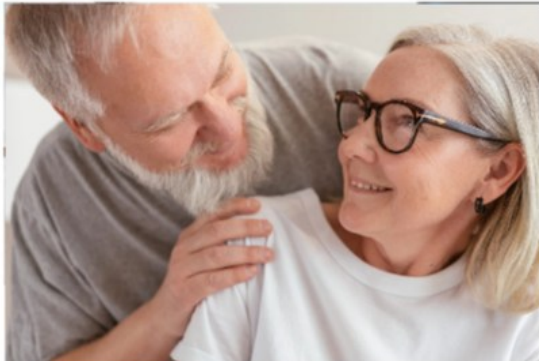
Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

Vous avez droit à la Complémentaire santé solidaire sous réserve de payer une participation financière.

Le montant annuel de la participation financière s'élève à 72,00 € à régler par prélèvement (pour régler par un autre mode de paiement, veuillez contacter votre caisse).

Pour que votre droit à la Complémentaire santé solidaire puisse démarrer, vous devez compléter votre dossier d'adhésion et valider votre mandat de prélèvement SEPA avant le 29/06/2022.

Pour adhérer à votre Complémentaire santé solidaire, merci de bien vouloir vérifier vos informations.



[Vérifier vos informations](#)

Il poursuit



Etape(0): Cas 2 : non éligibilité de l'assuré à la démarche en ligne

- 1. Non-éligibilité :** la demande de l'assuré n'a pas (encore) été validée, ou ne requiert pas de participation financière.
- 2. Démarche en cours :** l'assuré a déjà réalisé une demande d'adhésion.
- 3. Dépassement de délai :** l'assuré n'as pas réalisé sa demande d'adhésion dans un délais de 3 mois.



Etape(1) : Validation de la liste des bénéficiaires

Affichage du **bulletin d'adhésion** comportant la **liste des bénéficiaires** de la complémentaire santé solidaire au sein du foyer.

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

1 2 3

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire :
caisse d'assurance maladie de Paris.

Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, retirez le ci-dessous :

(1) montant estimatif, un échéancier vous sera fourni dans votre espace d'échange quelques jours après validation de l'adhésion.

Bénéficiaire	Montant annuel (€)
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	36,00
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	12,00 X
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	24,00 X
TOTAL	72,00 Soit 6,00 € par mois (1)

Retour Valider ces informations

Il poursuit

Retirer un bénéficiaire X

DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME va être retiré et ne bénéficiera pas de la complémentaire santé. En êtes-vous sûr ?

Annuler Retirer

L'assuré a le choix de **retirer** un ou plusieurs bénéficiaires.

(1) montant estimatif, un échéancier vous sera fourni dans votre espace d'échange quelques jours après validation de l'adhésion.

Bénéficiaire	Montant annuel (€)
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	36,00
DENY ALEXIS CAMILLE GUILLAUME 1 93 04 33 075 241	12,00 X
TOTAL	48,00 Soit 4,00 € par mois

Annuler mes changements

Retour Valider ces informations

En cas d'erreurs, il est possible d'annuler son choix.



Etape(2) : Cas 1 : un seul IBAN en présence. Confirmation de l'IBAN.

L'IBAN qui s'affiche par défaut est celui **utilisé** par l'Assurance Maladie pour rembourser les soins.

Adhésion à la Complémentaire santé solidaire

1 2 3

Résumé du prélèvement SEPA :

Référence unique :
XXXXXXXXXXXXXX

Titulaire du compte bancaire :
M DENY ALEXIS

Adresse :
35 Rue de la Guile
75020, Paris

Compte à débiter :
FR** **** *
FR** **** *
FR** **** *

Nom et adresse du créancier :
CPAM de Paris
74 Rue Archereau
75040 PARIS

Numéro d'identifiant du créancier :
XXXXXXXXXXXXXX

Si vous souhaitez que vos participations financières soient prélevées sur un autre compte, merci de compléter le mandat reçu par courrier ou dans l'espace d'échange de votre compte ameli, joindre un RIB et les renvoyer avec le bulletin d'adhésion à votre caisse d'assurance maladie.

En choisissant votre mode de paiement, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Etape précédente Confirmer votre mode de paiement

Si l'assuré souhaite utiliser **un autre IBAN**, il quitte la démarche en ligne. Et il envoie par courrier à sa caisse, son bulletin d'adhésion, son mandat de prélèvement et son IBAN.

Il poursuit.



Etape(2) : Cas 2 : deux IBAN différents. Confirmation de l'IBAN.

Compte ameli

Assurance Maladie

Accueil Mes paiements Mes démarches Mon espace prévention Mes informations

Renouvellement de

Vos coordonnées bancaires

Les coordonnées bancaires utilisées pour votre Complémentaire santé solidaire sont différentes de celles enregistrées sur votre compte ameli.

Si vous souhaitez continuer avec vos coordonnées bancaires habituelles de prélèvement de la Complémentaire santé solidaire, vous pouvez le faire en continuant cette démarche.

Si, au contraire, vous souhaitez que de nouvelles coordonnées bancaires soient prises en compte, merci de quitter la démarche. Vous devrez ensuite compléter et retourner la lettre de renouvellement qui vous a été envoyée dans votre espace d'échange par courrier postal.

Retourner au tableau de bord Continuer

Numéro d'identifiant du créancier : XXXXXXXXXXXXX

Si vous souhaitez que vos participations financières soient prélevées sur un autre compte, merci de compléter le mandat reçu par courrier ou dans l'espace d'échange de votre compte ameli, joindre un RIB et les renvoyer avec le bulletin d'adhésion à votre caisse.

En confirmant votre mode de paiement, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Etape précédente Confirmer votre mode de paiement

Informations légales Propriété intellectuelle Conditions d'utilisation Aide Plan du site

=> Si l'**IBAN** du mandat utilisé jusqu'alors **convient**, l'assuré **poursuit** sa démarche en ligne.

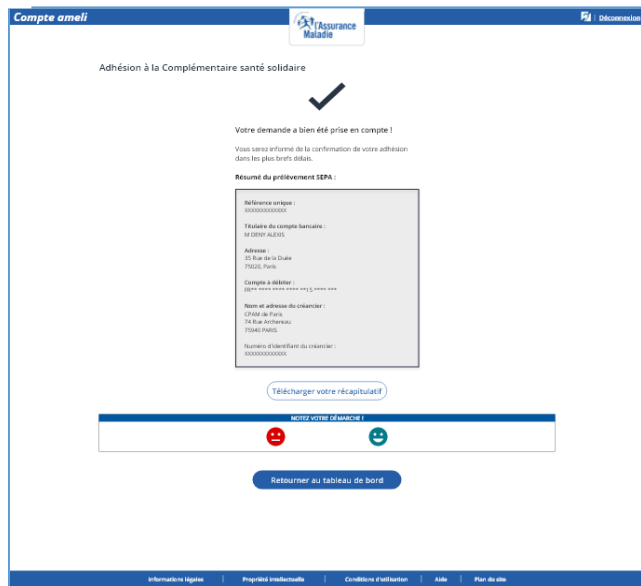
=> Si l'assuré souhaite en revanche utiliser l'IBAN que l'Assurance Maladie utilise pour le remboursement des soins, alors il quitte la démarche en ligne, et **envoie par courrier** à sa CPAM son bulletin, son mandat et son IBAN.



The graph shows two linear functions on a coordinate plane. The x-axis is labeled 'Number of hours' and the y-axis is labeled 'Number of pages read'. A solid line starts at the origin (0,0) and increases linearly. A dashed line starts at a positive value on the y-axis and decreases linearly, intersecting the x-axis at a positive value.

[illegible]

Il poursuit.



Tout est bon. L'assurance Maladie reviendra vers l'assuré pour lui confirmer son adhésion



Demande KO.