

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN ÉTUDIANT

DÉFINITION DU RÉGIME ÉTUDIANT

Le régime de sécurité sociale des étudiants accorde aux intéressés le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité (frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation...).

Ce régime est financé par une cotisation forfaitaire versée annuellement par l'étudiant et par des contributions de l'État et des divers régimes d'assurance maladie.

CHAMP D'APPLICATION

Sont affiliés obligatoirement au régime "étudiant", les élèves réunissant les conditions suivantes :

- fréquenter un établissement d'enseignement supérieur ou assimilé, une école technique supérieure ayant fait l'objet d'un arrêté d'agrément au regard de ce régime, une grande école, une classe préparatoire aux grandes écoles,
 - ne pas être ayant droit d'un assuré social.
- Les étudiants atteignant leur vingtième anniversaire au cours de l'année scolaire considérée, doivent solliciter leur immatriculation au moment de leur inscription.
- être assuré social, si l'affiliation (contrat de travail pour les salariés) prend fin avant le 1^{er} octobre de l'année suivante,
 - être âgé de moins de 28 ans.
- Toutefois, cet âge limite peut être reculé dans des conditions fixées par des textes ministériels. Elles peuvent être précisées à l'étudiant soit par l'université ou l'établissement fréquenté, soit par les organismes de sécurité sociale.
- avoir la nationalité française ou celle d'un pays ayant passé un accord diplomatique à cet effet avec la France ou être reconnu réfugié ou apatride (article 7 de l'arrêté du 28 juillet 1989 - JO du 03.08.89).

COTISATIONS

La cotisation est exigible préalablement à l'immatriculation des étudiants qui remplissent les conditions prévues ci-dessus au 1^{er} octobre de l'année scolaire pour laquelle ils souscrivent une inscription. Le versement est fait, à titre provisionnel par les étudiants en instance de bourse, et à charge de remboursement par la caisse.

FORMALITÉS A ACCOMPLIR PAR L'ÉTUDIANT

Tout étudiant ou élève d'un des établissements d'enseignement supérieur dont la fréquentation implique le bénéfice du régime des étudiants, doit :

- remplir la présente déclaration ;
- la présenter ou l'adresser au secrétariat de l'établissement concerné ;
- acquitter la cotisation forfaitaire annuelle (sauf exonération pour les boursiers) ;
- se faire remettre, par le secrétariat de l'établissement, l'attestation d'inscription (dans la majorité des cas, le volet 3 de cette déclaration), en présentant la pièce justificative du versement de la cotisation ou de la qualité de boursier.

Étudiants étrangers

Ils doivent remplir les conditions visées à l'article 7 de l'arrêté du 28 juillet 1989 mentionné ci-dessus.

En outre, les ressortissants de l'Espace Économique Européen (EEE) doivent produire en application de l'art. D 115-3-2° du code de la sécurité sociale soit :

- la carte de séjour portant la mention CE
- le récépissé de demande de ce titre portant la mention "étudiant".

Les ressortissants d'un pays hors EEE doivent fournir en application de l'art. D 115-1 du code de la sécurité sociale soit :

- la carte de résident
- la carte de résident privilégié
- le certificat de résidence de ressortissant algérien
- la carte de séjour temporaire portant la mention "étudiant"
- le récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus
- le récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 6 mois renouvelable portant la mention "reconnu réfugié"
- le titre d'identité d'andorran délivré par la Préfecture des Pyrénées-Orientales
- le passeport monégasque
- le livret spécial ou livret de circulation.

NB : Les titres mentionnés à l'article D 115-1 du Code de la sécurité sociale ne figurant pas dans la présente liste permettent l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale autre que le régime étudiant.

Si l'étudiant a plus de 28 ans au 1^{er} octobre de l'année scolaire considérée, il est dans l'obligation de produire les pièces justificatives en fonction des situations suivantes :

Étudiant ayant accompli le service national	Report d'un temps correspondant au nombre d'années universitaires interrompues, sur production du livret militaire ou de pièces justificatives équivalentes
Étudiant en médecine ou en pharmacie ou préparant un doctorat	Report d'une durée variant de un à quatre ans en faveur de l'étudiant en médecine de sixième année ou qui prépare un certificat d'études spéciales, en faveur de l'étudiant en pharmacie, de l'étudiant préparant un doctorat ou certains diplômes nationaux ou diplômes d'université, et de l'étudiant inscrit dans certaines écoles vétérinaires et pour certaines spécialités de celles-ci
Étudiant ayant interrompu ses études pour maladie, maternité ou accident	Report d'un temps égal aux périodes pendant lesquelles l'étudiant a bénéficié des prestations correspondantes, pendant une ou plusieurs périodes de 6 mois
Étudiant atteint d'une infirmité permanente	Report d'une durée variant de un à quatre ans en faveur de l'étudiant atteint d'une infirmité permanente entraînant une inaptitude à achever le cycle d'études entrepris avant l'âge de 28 ans

Dans ces deux dernières situations, les justifications médicales et administratives doivent être adressées par l'étudiant à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se situe l'université ou l'établissement fréquenté.

ORGANISME COMPÉTENT POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE (remboursement de soins, prises en charge d'hospitalisation, etc...)

L'étudiant doit, obligatoirement, chaque année, préciser la section locale universitaire choisie pour le règlement de ses prestations de sécurité sociale. Le rôle de cette section est assumé en principe par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants.

Les prestations sont servies sur présentation de l'attestation délivrée par le secrétariat de l'université ou de l'établissement (dans la majorité des cas, le feuillet 3 de la présente déclaration) et de la carte d'immatriculation.

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour, les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal).

N° 10547*01

Articles L 381.4, R 381.5 à R 381.25 du Code de la Sécurité Sociale

RÉSERVÉ C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° de document	C.R.A.M.	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME PRINCIPAL	Date d'effet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Affiliation	C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DEMANDEUR

IDENTITÉ Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance
Prénoms
(en majuscules d'imprimerie) (dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage
(en majuscules d'imprimerie)

Sexe Masculin Féminin Nationalité : française EEE Autre Réservé CPAM
(préciser)

Date de naissance Commune de naissance N° départ. N° Commune ou pays de naissance

(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

* ASSURÉ NÉ DANS UN TOM OU A L'ÉTRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance Commune
Nom de naissance du père 1^{er} prénom
Nom de naissance de la mère 1^{er} prénom

* RESSORTISSANT DE L'E.E.E. (cf. notice)

Préciser (le cas échéant) son numéro d'immatriculation dans son pays de nationalité

* RESSORTISSANT D'UN PAYS HORS E.E.E. (cf. notice)

certificat de résidence 1) carte de séjour mention "étudiant" 1) récépissé de demande de renouvellement 1) Autres : Andorran, monégasque 1) Numéro 1) Date de fin de validité

ADRESSE

(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

N° Voie
(R rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)

Commune Code postal

Avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale oui non

Si oui, n° d'immatriculation Caisse d'affiliation

Bénéficiez-vous des prestations d'un régime de sécurité sociale ? oui non

Si oui, précisez :
à titre d'ayant droit d'un salarié oui non Lien de parenté
à titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente oui non
à titre d'étudiant oui non Si oui : indiquez l'autre établissement fréquenté (fournir)

l'attestation d'inscription de l'année en cours)

Si vous avez plus de 28 ans au 1^{er} octobre de l'année considérée, quelles sont les raisons de la prolongation de vos études ? (fournir les justifications demandées dans la notice)

Précisez obligatoirement la section locale universitaire choisie pour le règlement de vos prestations de sécurité sociale

A Le Signature :

A REMPLIR PAR LE SECRÉTARIAT DE L'ÉTABLISSEMENT

N° dossier de l'étudiant
Enseignement suivi
Date d'inscription
Cotisation acquittée le
Relevé nominatif du
Envoyé à la Caisse de
A la date du

L'étudiant désigné ci-dessus peut BÉNÉFICIER du RÉGIME D'ASSURANCES SOCIALES des ÉTUDIANTS

à compter du
A le

Cachet de l'établissement Signature du responsable de l'établissement

CACHET A REPORTER SUR LE VOLET 3



**DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
D'UN ÉTUDIANT**

N° 10547*01

Articles L 381.4, R 381.5 à R 381.25 du Code de la Sécurité Sociale

RÉSERVÉ C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° de document	C.R.A.M.	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME PRINCIPAL	Date d'effet	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Affiliation	C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEMANDEUR

IDENTITÉ Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance _____
Prénoms _____
(en majuscules d'imprimerie)
(dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage _____
(en majuscules d'imprimerie)

Sexe Masculin Féminin Nationalité : française EEE Autre
(préciser) Réservé CPAM

Date de naissance Commune de naissance _____ N° départ. _____
(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement) N° Commune ou pays de naissance _____

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

* ASSURÉ NÉ DANS UN TOM OU A L'ÉTRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance	Commune
Nom de naissance du père	1 ^{er} prénom
Nom de naissance de la mère	1 ^{er} prénom

* RESSORTISSANT DE L'E.E.E. (cf. notice)

Préciser (le cas échéant) son numéro d'immatriculation dans son pays de nationalité _____

* RESSORTISSANT D'UN PAYS HORS E.E.E. (cf. notice)

<input type="checkbox"/> certificat de résidence 1)	<input type="checkbox"/> carte de séjour	<input type="checkbox"/> récépissé de demande	<input type="checkbox"/> Autres : Andorran, monégasque 1)	1) Numéro de validité
---	--	---	---	-----------------------

ADRESSE

(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

N° _____ Voie _____
(R rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)

Commune _____ Code postal _____

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle

JN

1^{ère} immatriculation pour

OBSERVATIONS

RÉSERVÉ C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° de document	C.R.A.M.	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME PRINCIPAL	Date d'effet	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.P.A.M. Affiliation	C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEMANDEUR

IDENTITÉ Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance
Prénoms
(en majuscules d'imprimerie)
(dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage
(en majuscules d'imprimerie)

Sexe Masculin Féminin Nationalité : française EEE Autre
(préciser) Réservé CPAM

Date de naissance Commune de naissance
(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)

N° départ. N° Commune ou pays de naissance

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

* ASSURÉ NÉ DANS UN TOM OU A L'ÉTRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance Commune
Nom de naissance du père 1^{er} prénom
Nom de naissance de la mère 1^{er} prénom

* RESSORTISSANT DE L'E.E.E. (cf. notice)
Préciser (le cas échéant) son numéro d'immatriculation dans son pays de nationalité

* RESSORTISSANT D'UN PAYS HORS E.E.E. (cf. notice)
 certificat de résidence 1) carte de séjour récépissé de demande de renouvellement 1) Autres : Andorran, monégasque 1) Numéro 1) Date de fin de validité

ADRESSE

(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

N° Voie
(R rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)

Commune Code postal

Avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale oui non
Si oui, n° d'immatriculation Caisse d'affiliation

Bénéficiez-vous des prestations d'un régime de sécurité sociale ? oui non

Si oui, précisez :
à titre d'ayant droit d'un salarié oui non Lien de parenté
à titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente oui non
à titre d'étudiant oui non Si oui : indiquez l'autre établissement fréquenté (fournir)

l'attestation d'inscription de l'année en cours)
Si vous avez plus de 28 ans au 1^{er} octobre de l'année considérée, quelles sont les raisons de la prolongation de vos études ? (fournir les justifications demandées dans la notice)

Précisez obligatoirement la section locale universitaire choisie pour le règlement de vos prestations de sécurité sociale

A Le Signature :

A REMPLIR PAR LE SECRÉTARIAT DE L'ÉTABLISSEMENT

N° dossier de l'étudiant
Enseignement suivi
Date d'inscription
Cotisation acquittée le
Relevé nominatif du
Envoyé à la Caisse de
A la date du

L'étudiant désigné ci-dessus peut BÉNÉFICIER du RÉGIME D'ASSURANCES SOCIALES des ÉTUDIANTS à compter du
A le

Cachet de l'établissement Signature du responsable de l'établissement