

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE INDIVIDUELLE EXCEPTIONNELLE SANTE

Code Geide: 8442

MAJ: 03/2024

A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Comité Opérationnel d'Action Sanitaire et Sociale (COPASS)

Identification de l'ASSURE					
N° Sécurité Sociale I_I I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I					
Salarié(e) O Ex	ploitant (e) O En ad	ctivité O Ret	raité(e) O Demand	deur d'emploi O	
` ,			,	· ·	
	I III Commur				
	arié(e) O Vie maritale 🤇				
Depuis le :		,	e) O Separe(e) O	veui(ve) 🥥	
Depuis le .		_			
Bénéficiaire :	Assuré(e) O	Enfant O	Autre O		
Composition de la famille	Nom et prénom	Date de naissance	Activité professionnelle	Employeur ou dernier employeur ou école	
Conjoint					
Enfant(s) à charge					
ı					
Renseignements c	complémentaires	<u> </u>			
	Complémentaire Santé (M	/lutuelle) ?	oui O non	O	
		,			
- Bénéficiez-vous de la	a CSS (Complémentaire S	anté Solidaire) ?	oui O non	<u>O</u>	
- Avez-vous adressé a	au préalable une demande	à un autre orgai	nisme? oui O non	0	
Si oui, lequel ?					
(Joindre les justificatifs de l'	l'aide accordée ou du refus)				
	A COMPLET	FR ORI TO	ATOTREMEN	т	
A COMPLETER OBLIGATOIREMENT Pour quels frais demandez-vous une aide ?					
Précisez (obligatoire) :					
				·····	
1) Coût global des frais (Devis ou Facture) : € €					
2) Remboursement MSA + Mutuelle : € Justificatifs à joindre :					
3) Montant restant à	la charge de l'assuré :		₽	Devis du praticien ou fournisseur Devis ou attestation de la	
Montant de l'aide se	ouhaitée :	€		complémentaire santé	
Versement : O à la famille O Autre (préciser) :					



Ressources MENSUELLES du ménage (mois précédant la demande)	Demandeur	Conjoint	Autre personne
■ Salaire net imposable			
■ Indemnités journalières			
■ Indemnités de chômage			
■ Indemnités de stage			
■ Prélèvements privés (pour les Non-Salarié(e)s Agricoles)			
■ Retraites/Pensions			
■ Prestations familiales			
■ RSA			
■ Prime d'activité			
■ AAH ou pension invalidité Préciser			
Allocation LogementAPL			
Revenus fonciersRevenus capitaux mobiliers			
■ Rente Accident du travail			
■ Pension alimentaire			
A.P.A.Majoration tierce personne			
■ Bourses d'études			
■ Autre(s) préciser			
TOTAL de chaque personne			
TOTAL GLOBAL			



Charges MENSUELLES du ménage	Demandeur	Conjoint	Autre personne
Loyer (avant déduction AL ou APL)			
■ Accession à la propriété			
Assurance habitation			
■ Taxe foncière			
■ Electricité			
■ Gaz			
■ Eau			
■ Chauffage (si autre qu'Electricité – Gaz)			
TOTAL des charges liées au LOGEMENT			
■ Téléphone / Internet			
Assurances :			
 Voiture Complémentaire maladie Autre(s) préciser 			
■ Pension alimentaire			
■ Frais de garde résiduels			
■ Impôts sur le revenu			
■ Scolarité			
■ Cantine			
■ Transports scolaires			
■ Divers (préciser)			
TOTAL de chaque personne			
TOTAL GLOBAL			



 ${\sf Code\ Geide:\ 8442}$

CREDITS EN COURS						
Nature	Durée	Montant mensualité	Date dernière échéance			
	DETTE	S				
Nature	Durée	Montant mensualité	Date dernière échéance			
La commission de surendettement a-t	-elle été saisi	e? oui O	non O			
Préciser si votre situation professionnelle et mois (chômage, maladie, cessation d'activit		nnu des variations impo	ortantes au cours des derniers			
A COMPL	ETED ODL	TCATOTDEMEN	IT			
A COMPLETER OBLIGATOIREMENT						
Attestation sur l'Honneur						
ATTENTION : vous devez au préalable contacter votre Complémentaire Santé pour savoir si elle dispose d'un Fonds Social.						
Je soussigné(e)						
- atteste sur l'honneur avoir effectué une demande d'aide auprès du Fonds Social de ma Mutuelle (préciser le nom						
de la Mutuelle) :						
◆ Décision de la mutuelle : ○ REFUS (pas de Fonds Social) ○ ATTENTE DECISION MSA						
	Montant accor	dá.				
O ACCORD	Montant accord	ae :				
- atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande.						
Fait à le						
Cinnatura de l'Accuré(e)						
Signature de l'Assuré(e)						
Important : la loi rend passible d'amende et/ou d'emp L.377-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 d déclaration.	orisonnement quicor du code pénal. La Ca	nque se rend coupable de fr aisse se réserve la possibilit	aude ou de fausses déclarations (article é de contrôler l'exactitude de la présente			

MSA Maine-et-Loire 3 rue Charles Lacretelle



Conditions d'attribution

Cette demande d'aide individuelle est réservée aux frais de Santé restant à charge, après remboursement du Régime obligatoire et de la Complémentaire santé.

Quels sont les frais de santé pouvant être pris en charge ?

- Frais d'optique
- Soins et prothèses dentaires
- Prothèses auditives pour les personnes Retraitées
- Frais liés à l'incontinence
- Forfait journalier
- Matériel médical
- Autres soins et frais justifiés par un état de santé particulier (prescription médicale)

Frais de santé non recevables

- Dépassements d'honoraires
- Hospitalisation en chambre particulière
- Prothèses auditives pour les personnes en activité (s'adresser à la MDA du domicile)

Quelles sont les conditions d'accès

- Etre affilié en assurance maladie à la MSA 49

IMPORTANT

Avant toute demande, merci de vous adresser au Fonds Social de votre Mutuelle

PIECES A FOURNIR

- Imprimé « Demande d'attribution d'une aide individuelle exceptionnelle SANTE » intégralement complété et signé
- Devis détaillé des frais de santé prévus (professionnel de santé ou fournisseur de matériel médical)
- Devis ou Attestation de la Mutuelle
- Facture « acquittée » du professionnel de santé et décompte de la Mutuelle (si les frais ont déjà été effectués)
- Dernier Avis d'imposition, dans son intégralité (en cas de vie maritale, joindre les 2 Avis)
- Attestation de Patrimoine, complétée et signée
- Relevé des Capitaux placés (complété par la ou les banques, 1 fiche par banque, pour chaque membre du couple)

MSA Maine-et-Loire 3 rue Charles Lacretelle



→ Si vous avez sollicité d'autres organismes

Joindre un justificatif du montant de leur prise en charge.

→ Optique et Prothèses Auditives

Si l'offre « 100% Santé » n'est pas choisie (reste à charge 0 €), fournir un certificat circonstancié du Médecin spécialiste.

→ Orthodontie

Les traitements orthodontiques se déroulant en général sur plusieurs années, le « Montant de l'aide souhaitée » ne peut couvrir qu'une seule année à la fois (semestres, année de contention, année de surveillance). Il est cependant possible de refaire une nouvelle demande pour la période suivante.

→ Matériel médical

Joindre la prescription médicale.

→ Protections pour incontinence

Joindre une attestation de la Mutuelle précisant que votre contrat ne prévoit pas de forfait annuel. Si vous êtes bénéficiaire de l'APA, joindre la Notification de décision comportant les aides mensuelles accordées.

Pour les achats en supermarché, les tickets de caisse ne sont pas recevables.

Faire établir une facture nominative à l'accueil du magasin (prix TTC).

Ces documents sont à retourner :

- Par mail à : asspel.blf@msa49.msa.fr

- Par courrier : MSA de Maine et Loire

49938 ANGERS CEDEX 9

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

MSA Maine-et-Loire 3 rue Charles Lacretelle maineetloire.msa.fr 02 41 31 75 75



N° Mle :

 $\mathsf{Code}\;\mathsf{Geide}:5485$

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

ATTESTATION DE PATRIMOINE

Les aides et secours sont financés par les fonds d'Action Sanitaire et Sociale. C'est pourquoi, la MSA vous questionne sur vos biens immobiliers et vos capitaux.

VOS BIENS IMMOBILIE	:RS :				
Vous êtes : (1)	Locataire □	Propriétaire □	Usufruitier □		
En dehors du logement o	que vous occupez, p	oossédez-vous ? :			
► Un ou plusieurs log	gements □ oui. Préc	isez le nombre :			
□ non					
▶ Des terres □ oui. Précisez la surface et nature (2) :					
, 200 10.100	□ Des terres □ oui. Precisez la surface et flature (-)				
► Autres biens		-			
(1) Cocher la case correspondant	à votre situation ou (et) ce	elle de votre conjoint. (2) Vi	gnes, bois, maraîchage, cultures		
assurances-vie). A con établissement financie Nom des banques - étab ▶ (3) Joindre la fiche « Relevé de cotous vos avoirs y compris assura	npléter impérativer r lissements financier apitaux » pour vous et vonces vie.) d'emprisonnement quicono	rs (3):	financiers (gérant y compris les s n'avez qu'une seule banque ou banque et/ou organisme financier pour raudes ou de fausses déclaration (art. 377-1 du		
Assuré (Je soussigné (e) :	(e)	Conj Je soussi	oint ou autre adulte vivant au foyer		
Nom		Nom Prénom	ncères et véritables les informations		
Date et signature :		Date et si	gnature :		
-					
MSA Maine-et-Loire 3 rue Charles Lacretelle	BEAUCOUZÉ	49938 ANGERS CEDE	maineetloire.msa.fr 02 41 31 75 75		



ACTION SANITAIRE ET SOCIALE Prestations Extra-légales

u۰	Mle	•	
v	IVIIC		

 $\mathsf{Code}\,\,\mathsf{Geide}:\,5485$

RELEVE des DISPONIBILITES et CAPITAUX PLACES <u>IMPOSABLES ou NON</u> pour le FOYER FISCAL

(A joindre impérativement à toute demande d'aide. En l'absence de ce document, la demande ne pourra être examinée)

PRODUITS	Montant du capital à ce jour		Montant au 31 décembre de l'année précédente	
	demandeur	conjoint	demandeur	conjoint
- Compte-chèques				
- Livret A				
- Livret B				
- Livret d'Epargne Populaire (L.E.P.)				
- Livret Développement Durable				
- Compte Epargne Logement				
- Plan Epargne Populaire				
- Plan Epargne Logement				
- Compte titre ordinaire				
- Obligations - Actions				
- SICAV et fonds commun de placement				
- SCPI				
- Parts Sociales				
- Assurances Vie (cumul tous contrats)				
- Autres à préciser :				
TOTAL				
Je soussigné(e) (Nom et Pré Nom de jeune fille Demeurant Autorise les organismes be et produits d'épargne. Le	ancaires à fournir tou	En qualité de	utiles sur le montant Signature,	
A compléter par l'Etablissement Bancaire				
L'Etablissement bancaire atteste que M				blissement bancaire ignature
			as, à	
ce jour, d'autres formes d'ép				
Le				