

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE INDIVIDUELLE EXCEPTIONNELLE SANTE

A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Comité Opérationnel d'Action Sanitaire et Sociale (COPASS)

Identification de l'ASSURE

N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Salarié(e) Exploitant (e) En activité Retraité(e) Demandeur d'emploi

Nom _____ Nom de naissance _____

Prénom _____ Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse _____ Adresse mail : _____

Code Postal | | | | | | | | Commune _____

Célibataire Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Depuis le : _____

Bénéficiaire : Assuré(e) Enfant Autre

Composition de la famille	Nom et prénom	Date de naissance	Activité professionnelle	Employeur ou dernier employeur ou école
Conjoint				
Enfant(s) à charge				

Renseignements complémentaires

- Adhérez-vous à une Complémentaire Santé (Mutuelle) ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

- Bénéficiez-vous de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ? oui non

- Avez-vous adressé au préalable une demande à un autre organisme ? oui non

Si oui, lequel ? _____

(Joindre les justificatifs de l'aide accordée ou du refus)

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Pour quels frais demandez-vous une aide ?

Précisez (obligatoire) : _____

1) Coût global des frais (Devis ou Facture) : _____ €

2) Remboursement MSA + Mutuelle : _____ €

3) Montant restant à la charge de l'assuré : _____ €

Montant de l'aide souhaitée : €

Versement : à l'assuré Autre (préciser) : _____

OBLIGATOIRE

Justificatifs à joindre :

- Devis du praticien ou fournisseur
- Devis ou attestation de la complémentaire santé

Ressources MENSUELLES du ménage <i>(mois précédant la demande)</i>	Demandeur	Conjoint	Autre personne
▪ Salaire net imposable			
▪ Indemnités journalières			
▪ Indemnités de chômage			
▪ Indemnités de stage			
▪ Prélèvements privés <i>(pour les Non-Salarié(e)s Agricoles)</i>			
▪ Retraites/Pensions			
▪ Prestations familiales			
▪ RSA			
▪ Prime d'activité			
▪ AAH ou pension invalidité <i>Préciser</i>			
▪ Allocation Logement ▪ APL			
▪ Revenus fonciers ▪ Revenus 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			



CREDITS EN COURS			
Nature	Durée	Montant mensualité	Date dernière échéance

DETTES			
Nature	Durée	Montant mensualité	Date dernière échéance

La commission de surendettement a-t-elle été saisie ? oui non

Préciser si votre situation professionnelle et financière a connu des variations importantes au cours des derniers mois (chômage, maladie, cessation d'activité...)

.....

.....

.....

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.

♦ J'ai effectué la démarche auprès de (préciser le nom) : _____

♦ Décision de la mutuelle : REFUS (*pas de Fonds Social*) ATTENTE DECISION MSA

ACCORD Montant accordé :

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande.

Fait à _____ le _____

Signature de l'Assuré(e)

Important : la loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (article L.377-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du code pénal. La Caisse se réserve la possibilité de contrôler l'exactitude de la présente déclaration.



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)

→ **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.

Attention : 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

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 IMMOBILIERS :

Vous êtes : ⁽¹⁾ Locataire Propriétaire Usufruitier

En dehors du logement que vous occupez, possédez-vous ? :

- ▶ Un ou plusieurs logements oui. Précisez le nombre :
.....
 non
- ▶ Des terres oui. Précisez la surface et nature ⁽²⁾ :
.....
 non
- ▶ Autres biens oui. Précisez lesquels :
.....
 non

⁽¹⁾ Cocher la case correspondant à votre situation ou (et) celle de votre conjoint. ⁽²⁾ Vignes, bois, maraîchage, cultures.....

VOS ELEMENTS FINANCIERS : Banques et établissements financiers (gérant y compris les assurances-vie). A compléter impérativement même si vous n'avez qu'une seule banque ou établissement financier

Nom des banques - établissements financiers ⁽³⁾ :

- ▶ ▶
- ▶ ▶
- ▶ ▶

⁽³⁾ Joindre la fiche « Relevé de capitaux » **pour vous et votre conjoint** **1 fiche par banque et/ou organisme financier** pour tous vos avoirs y compris assurances vie.)

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts.313-1, 313-3,433-19,441-1 et 441-7 du code pénal).

Assuré (e)

Je soussigné (e) :

Nom :
Prénom :

Atteste sincères et véritables les informations transmises.

Date et signature :

Conjoint ou autre adulte vivant au foyer

Je soussigné (e) :

Nom :
Prénom :

Atteste sincères et véritables les informations transmises.

Date et signature :

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
Prestations Extra-légales

**RELEVÉ des DISPONIBILITES et CAPITAUX PLACES IMPOSABLES ou NON
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'Épargne Populaire (L.E.P.)				
- Livret Développement Durable				
- Compte Épargne Logement				
- Plan Épargne Populaire				
- Plan Épargne 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 Prénom du Titulaire du compte ou Représentant Légal)
Nom de jeune fille **En qualité de**

Demeurant

Autorise les organismes bancaires à fournir tous renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

Le **A,** **Signature,**

A compléter par l'Etablissement Bancaire

<p>L'Etablissement bancaire atteste que M..... (demandeur) et M..... (conjoint) n'ont pas, à ce jour, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.</p> <p>Le à</p>	<p>Cachet de l'Etablissement bancaire et Signature</p>
--	---

