



AIDE FINANCIÈRE SANTÉ

ESSS08442

Prestation d'action sociale, pouvant être étudiée en commission, permettant d'aider les assurés, selon leur situation, à faire face à des dépenses de santé restant à leur charge après déduction des remboursements obligatoires, complémentaires et de toute aide liée au handicap.

1 - Objet de la prise en charge (cochez la case correspondante)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Articles pharmaceutiques non remboursés | ☐ Forfait journalier | ☐ Frais d'orthodontie |
| ☐ Prothèses auditives | ☐ Frais de psychologue | ☐ Frais de psychomotricité |
| ☐ Prothèses dentaires | ☐ Frais d'ostéopathie | ☐ Prise en charge d'une mutuelle |
| ☐ Prothèses visuelles | ☐ Ticket modérateur | ☐ Frais de transport |
| ☐ Autres prothèses (précisez) : _____ | | |
| ☐ Autres : _____ | | |

Obligatoire

- Date de la prescription : / /
- Montant de la dépense : _____ €
- Montant du remboursement : Part obligatoire : _____ € • Part complémentaire : _____ €

2 - Demandeur

- ☐ Madame • ☐ Monsieur

- Nom : _____ • Prénom : _____
- Né(e) le : / /
- Adresse : _____
- Code Postal : • Commune : _____
- Téléphone : / • Adresse mail : _____
- Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
- Etes-vous allocataire MSA : ☐ OUI ☐ NON
- Si oui, numéro de Sécurité Sociale :

3 - Conjoint(e)

- ☐ Madame • ☐ Monsieur

- Nom : _____ • Prénom : _____
- Né(e) le : / /
- Numéro d'immatriculation MSA :
- Situation professionnelle : ☐ Actif ☐ Retraité(e) ☐ Autre (précisez) : _____
- Si votre conjoint(e) est retraité(e), veuillez indiquer l'organisme qui lui verse sa retraite : _____

4 - Votre assurance complémentaire

● **Avez-vous souscrit une assurance complémentaire ?**

● **Oui :** ☐ Bénéficiaire(s) : ☐ Assuré(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant(s)

● **Non : Pourquoi ?** _____

5 - Situation des enfants

Noms	Prénoms	Dates de naissance	Situations (scolaire, chômage, activité...)
A charge			
		, ,	
		, ,	
		, ,	
Hors du foyer			
		, ,	
		, ,	
		, ,	

Si vous êtes actif, merci de compléter le point 6
Si vous êtes retraité(e), merci de vous reporter directement au point 7

6 - Vous êtes actif

✚ **Votre situation**

● **Si votre demande concerne une/des prothèse(s) auditive(s) ou tout autre frais lié à un handicap, avez-vous sollicité auprès de la MDPH 35* ou la MDA 56 :**

- ☐ une prestation de compensation du handicap (PCH)

☐ oui ☐ non Montant accordé : _____ €

- ☐ le Fonds départemental de compensation

☐ oui ☐ non Montant accordé : _____ €

● **Si vous êtes exploitant(e) agricole :**

- Superficie totale en location : _____

- Superficie totale en propriété : _____

- Cultures pratiquées : _____

- Cheptel : _____

- Elevages spécialisés : _____

- Quota laitier : _____ Quantité produite : _____

7 - Vous êtes retraité(e)

Vos ressources

RESSOURCES		
Retraites		
Retraite des non salariés agricoles	_____€	_____€
Retraite des salariés agricoles	_____€	_____€
Retraite CARSAT	_____€	_____€
ORGANIC (commerçant)	_____€	_____€
AVA (artisan)	_____€	_____€
Autres retraites complémentaires	_____€	_____€
FSV - ASPA	_____€	_____€
Allocation compensatrice tierce personne	_____€	_____€
TOTAL (1)	_____€	_____€
Autres revenus		
Aide personnalisée à l'autonomie (APA)	_____€	_____€
Autres : _____	_____€	_____€

EPARGNE	
Nature	Capital constitué
	_____€
	_____€
	_____€
TOTAL (1)	_____€

8 - Motivation de la demande

A compléter obligatoirement pour toute demande

❖ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

- Je m'engage :
 - à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint(e),
 - à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
 - à régler à la MSA les sommes éventuellement versées à tort,
 - à faciliter toute enquête.

- J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la MSA pour permettre l'instruction de ma demande.

● Fait à :

le :

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--

Votre signature :

*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).
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

❖ Vous venez de remplir votre demande d'accès aux soins. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre une copie des documents ci-dessous :

Vous êtes retraité(e)

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Pièces justificatives (photocopies) de toutes les ressources des trois mois précédant la demande (relevés de compte...).
- Relevé des capitaux placés et situation des comptes bancaires du demandeur et de son conjoint.
- Devis et factures des frais engagés.
- Prise en charge de la part obligatoire et mutuelle.

Vous êtes actif ou en recherche d'emploi ou inactif

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Pièces justificatives (photocopies) de toutes les ressources des trois mois précédant la demande (bulletins de salaire...).
- Relevé des capitaux placés et situation des comptes bancaires du demandeur et de son conjoint.
- Devis et factures des frais engagés.
- Prise en charge de la part obligatoire et mutuelle.

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

N'hésitez pas à contacter votre MSA :

Service d'Action sanitaire et sociale : 02 99 01 80 80

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la MSA Portes de Bretagne. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données – MSA Portes de Bretagne – 35027 RENNES Cedex 9. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr). Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Action Sociale.

MSA Portes de Bretagne

Tél : 02 99 01 80 80

portesdebretagne.msa.fr

Adressez vos courriers à : MSA Portes de Bretagne - 35027 RENNES CEDEX 9



**santé
famille
retraite
services**

L'essentiel & plus encore

RESSOURCES			CHARGES	
Ressources mensuelles	Demandeur	Conjoint(e)	Charges mensuelles	Montant (€)
Revenus professionnels			Logement	
Salaire	_____ €	_____ €	Accession à la propriété	_____ €
Bénéfice agricole ☐ réel ☐ forfait	_____ €	_____ €	Loyer	_____ €
Bénéfice industriel et commercial	_____ €	_____ €	Assainissement	_____ €
Pension alimentaire	_____ €	_____ €	Electricité	_____ €
Autres : _____	_____ €	_____ €	Eau	_____ €
Autres revenus			Gaz	_____ €
Allocation chômage	_____ €	_____ €	Autres énergies	_____ €
I.J. + compléments de salaires	_____ €	_____ €	Autres : _____	_____ €
Pension d'invalidité	_____ €	_____ €	Assurances	
Rente accident du travail	_____ €	_____ €	Habitation	_____ €
Majoration tierce personne	_____ €	_____ €	Véhicules	_____ €
Prestations sociales			Mutuelle	_____ €
Allocation adulte handicapé	_____ €	_____ €	Autres : _____	_____ €
Revenu de solidarité active (rSa)	_____ €	_____ €	Impôts, redevances	
rSa majoré parent isolé	_____ €	_____ €	Impôt sur le revenu	_____ €
Allocations familiales			Taxe d'habitation, redevance TV	_____ €
Allocations familiales	_____ €	_____ €	Taxe foncière	_____ €
Complément familial	_____ €	_____ €	Ordures ménagères	_____ €
PAJE	_____ €	_____ €	Autres : _____	_____ €
Allocation de soutien familial	_____ €	_____ €	Frais d'éducation	
Aide au logement (APL, ALS, ALF)	_____ €	_____ €	Pension alimentaire	_____ €
TOTAL 1	_____ €	_____ €	Scolarité	_____ €
			Cantine	_____ €
			Accueil périscolaire	_____ €
			Frais de garde (aides déduites)	_____ €
			Transport scolaire	_____ €
REVENUS DES TIERS			Activités enfant(s)	_____ €
Nature	Montant mensuel		Autres : _____	_____ €
Salaire	_____ €		Divers	
Pension	_____ €		Transport	_____ €
Bourse universitaire	_____ €		Téléphone fixe	_____ €
Bourse scolaire	_____ €		Téléphone mobile	_____ €
Autres : _____	_____ €		Internet	_____ €
TOTAL 2	_____ €		Abonnements	_____ €
TOTAL RESSOURCES (1+2)			Loisirs	_____ €
			Remboursement échéances prêt	_____ €
			Autres : _____	_____ €
			TOTAL	_____ €

EPARGNE		DETTES	
Nature	Capital constitué	Nature	Capital constitué
	_____ €		_____ €
	_____ €		_____ €
	_____ €		_____ €
	_____ €		_____ €
TOTAL	_____ €	TOTAL	_____ €