



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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Articles pharmaceutiques non remboursés | <input type="checkbox"/> Forfait journalier | <input type="checkbox"/> Prothèses auditives |
| <input type="checkbox"/> Frais de psychologue | <input type="checkbox"/> Frais de psychomotricité | <input type="checkbox"/> Frais d'ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une mutuelle | <input type="checkbox"/> Prothèses visuelles | <input type="checkbox"/> Ticket modérateur |
| <input type="checkbox"/> Frais de transport | | |
| <input type="checkbox"/> Autres prothèses (précisez) : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

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

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 au titre des remboursements maladie : 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) : _____

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 : €

* MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées
MDA : Maison départementale de l'autonomie

7 - 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 de l'avis d'imposition, ou de non-imposition, N-1 sur les revenus N-2 du demandeur et de son conjoint.
- 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.

Vos ressources

RESSOURCES

CHARGES

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

EPARGNE		DETTES	
Nature	Capital constitué	Nature	Capital constitué
	-----€		-----€
	-----€		-----€
	-----€		-----€
	-----€		-----€
TOTAL	-----€	TOTAL	-----€