



Demande d'aide financière individuelle ou de prestations supplémentaires

L'action sanitaire et sociale de la Caisse d'Assurance Maladie de Saône-et-Loire peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations habituellement versées (*remboursement des soins, indemnités journalières...*), sous certaines conditions.

Cette aide financière peut vous être versée si vous rencontrez :

- > des difficultés liées à **votre état de santé** (*maladie, maternité, accident du travail, invalidité*)
- > et si vous disposez de **revenus modestes**.

Les aides, lorsque les soins sont médicalement justifiés, permettent de faire face au reste à charge par exemple pour des **prothèses dentaires, de l'orthodontie** (*jusqu'à 16 ans uniquement*), des **frais liés à une hospitalisation**, des dépenses liés à **l'hospitalisation d'un enfant**, des **frais d'obsèques** en l'absence de capital décès,

De même, pour les **enfants de moins de 16 ans**, la détection et le traitement des troubles du développement, du comportement ou des apprentissages (***bilan et séances psychologie, neuropsychologiques, psychothérapie***) et le diagnostic et le traitement de l'acquisition de la coordination, visio-spatiaux avec retentissements sur les apprentissages scolaires (***bilan et séances ergothérapie et psychomotricité***) peuvent, sous conditions, faire l'objet d'une aide financière ponctuelle.

Ces différentes aides sont propres au fonds d'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse d'Assurance Maladie de Saône-et-Loire.

Attention : ces aides étant facultatives, en cas de refus ne peuvent pas être contestés.

COMMENT FAIRE POUR DEMANDER UNE AIDE ?

- > Compléter et signer ce dossier
- > Joindre les justificatifs nécessaires à l'étude de votre demande - voir page 6.
- > Envoyer le dossier complet à :
CPAM 71
Service Action Sanitaire et Sociale
71022 MACON CEDEX 9

Votre situation sera examinée par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse d'Assurance Maladie qui se réunit régulièrement.

Vous serez ensuite informé de la décision de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de vous attribuer ou non une aide financière.

Identification de l'assuré

Seul(e)
 Couple
 Mono parental
 Famille

Nom : _____ Prénom : _____

N° de Sécurité Sociale :

N° d'allocataire CAF :

Adresse : _____

Adresse email : _____

Identification du conjoint (e) (autre que l'assuré)

Nom : _____ Prénom : _____

N° de Sécurité Sociale :

N° d'allocataire CAF :

Identification du bénéficiaire de l'aide (autre que l'assuré)

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Mutuelle

Etes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) Oui Non

Adhérez-vous à une mutuelle : Oui Non Désignation : _____

Demande d'aide

Je demande une aide pour ...

Montant des soins

Montant total de la dépense ou devis	Remboursement CPAM	Remboursement Mutuelle	<input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Assurance <input type="checkbox"/> Caisse de prévoyance <input type="checkbox"/> Autres	Part restant à la charge de l'assuré
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Composition du foyer			
	Nom – Prénom	Date de naissance	Activité ou établissement scolaire
Assuré	_____	_____	_____
Conjoint ou concubin	_____	_____	_____
Enfants	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Autre	_____	_____	_____

Déclaration de ressources nettes mensuelles du foyer (précédant la date de la demande)			
Déclarer les ressources de toute nature, même non imposables et joindre obligatoirement les justificatifs des 3 derniers mois .	Assuré	Conjoint	Autres personnes du foyer
Salaires nets	_____	_____	_____
Indemnités journalières	_____	_____	_____
Complément de salaire Employeur ou autres	_____	_____	_____
Indemnité de stage	_____	_____	_____
Indemnisation chômage	_____	_____	_____
Invalidité	_____	_____	_____
Retraite	_____	_____	_____
Retraite complémentaire	_____	_____	_____
Prestations familiales	_____	_____	_____
Allocation logement ou APL	_____	_____	_____
Pension alimentaire reçue	_____	_____	_____
Allocation compensatrice (tierce personne)	_____	_____	_____
Rente Accident du Travail	_____	_____	_____
Revenu de Solidarité Active (RSA)	_____	_____	_____
Allocation Adulte Handicapé	_____	_____	_____
Revenus immobiliers, mobiliers	_____	_____	_____
Bourses de l'enseignement supérieur	_____	_____	_____
Autres à préciser : _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Situation au regard de l'emploi		
	Assuré	Conjoint - Concubin
Profession	_____	_____
Nom et adresse de l'employeur	_____	_____
depuis le _____	_____	_____
Chômeur	<input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé	<input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé
depuis le _____	_____	_____
Inactif	_____	_____
depuis le _____	_____	_____
Arrêt maladie ou AT	_____	_____
depuis le _____	_____	_____

Charges mensuelles *	
<p>Logement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loyer : - Charges locatives : - Accession à la propriété : (Crédits / Emprunts) - Chauffage : - EDF / GDF : - Eau : - Taxes foncières / habitation : - Assurance habitation - Assurance voiture - Ordures ménagères : - Abonnement internet - Frais de cantine et/ou de garde - Crédits voitures, forfait mobilités transports Pension alimentaire versée : Cotisations Mutuelle : <p>Dossier de surendettement déposé à la Banque de France :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, nous indiquer le montant mensuel de l'apurement des dettes*</p>	<p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p> <p>Le _____</p> <p>Signature</p> <p><i>*Merci de joindre les justificatifs correspondants</i></p>

Article L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale

« La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude, ou de fausse déclaration, pour obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet. »

Cadre réservé au Service Social



Justificatifs à joindre impérativement pour l'étude de votre demande

En l'absence de ces documents, votre demande ne pourra pas être étudiée.

Joindre **obligatoirement** les justificatifs des **3 derniers mois**

- Le dossier** ci-joint, complété et signé (*bien indiquer toutes les personnes vivant au foyer*)

- La prescription médicale**
- Le justificatif de dépense** : original du devis ou de la facture ; avis des sommes à payer pour les frais d'hospitalisation
- Une **attestation de votre mutuelle** précisant le montant de sa participation ou le motif de son refus

- Pour les **frais dentaires**, devis établi au tarif 100 % santé en vigueur
- Pour les **bilans et séances d'ergothérapies, psychomotricités**, joindre la réponse de la MDPH

- La photocopie de **votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto/verso**

- Les photocopies des **justificatifs des ressources des 3 dernier mois** de toutes les personnes vivant au foyer (étudiant boursier compris) : Salaires nets, Indemnités journalières (IJ), Pension d'invalidité, Rente accident du travail, attestation Pôle emploi, retraite et retraite complémentaire, RSA, AAH, AEEH, Pension alimentaire reçue, prestations familiales versées par la Caf, APL, bourses d'étude, autres ressources ...

- Justificatifs de toutes vos charges du mois précédant la demande :**
 - Loyer et charges locatives,
 - Accession à la propriété,
 - Facture EDF, GDF, eau,
 - Taxes foncières ou habitation,
 - Assurances : habitation et voiture,
 - Abonnement internet,
 - Ordures ménagères,
 - Frais cantine et frais de garde d'enfant,
 - Crédits voitures,
 - Abonnement transport : bus, SnCF ...
 - Cotisation mutuelle**
 - Pension alimentaire versée**

- Justificatif du montant mensuel de l'apurement des dettes en cas de dossier de surendettement

La Caisse d'Assurance Maladie de Saône-et-Loire, dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la directrice de votre Caisse.