DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET DE SECOURS

Mutuelle Familiale
ma complémentaire de vie

La Commission d'aide sociale de la Mutuelle Familiale peut être saisie par tout adhérent devant faire face à des dépenses de santé dépassant ses possibilités financières (Art.4 du RI). Les demandes doivent concerner des appareillages ou traitements médicaux ponctuels et non permanents, des dépenses d'aménagement du domicile ou du véhicule dans le cadre du maintien à domicile, des dépenses afférentes à la prescription d'activité physique adaptée prescrite par un médecin dans le cadre du sport sur ordonnance, des dépenses afférentes au répit de l'aidant familial d'un proche atteint de maladie chronique ou en situation de handicap.
Les demandes sont limitées à une par an et par bénéficiaire.

L'adhérent doit en outre :

- être à jour de sa cotisation mutualiste
- avoir au minimum un an d'ancienneté d'adhésion au moment des soins concernés.

Dans ce cas, vous devez renvoyer à la Commission d'aide sociale nationale ce document dûment rempli, accompagné DES PIECES JUSTIFICATIVES demandées.

ADHÉRENT

Nom du demandeur : ..... Prénom : .....

N° de S.S. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Clé : ☐☐

Ayant droit concerné par la demande : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : .....Tél : .....

Situation de famille : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Union libre ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) fiscalement à charge : .....

Êtes-vous : ☐ En activité ☐ En arrêt maladie ☐ Privé(e) d'emploi ☐ Retraité(e) ☐ Autre : .....

Conjoint : ☐ En activité ☐ En arrêt maladie ☐ Privé(e) d'emploi ☐ Retraité(e) ☐ Autre : .....

MOTIF DETAILLE DE LA DEMANDE (si nécessaire, utiliser une feuille annexe)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PIECES JUSTIFICATIVES à joindre impérativement à la présente demande

JUSTIFICATIFS DE VOS RESSOURCES

- ☐ Copie du dernier avis imposition ou de non-imposition faisant apparaître le montant des revenus déclarés et le coefficient familial.
- ☐ Si les revenus actuels sont différents de l'avis d'imposition ou si des revenus sont non imposables, joindre également selon le cas :
  - ☐ décompte Sécurité sociale pour les indemnités journalières
  - ☐ justificatif du montant du versement POLE EMPLOI
  - ☐ justificatif du montant de la pension : invalidité, veuf(ve) de guerre ou militaire…
  - ☐ justificatif du montant des allocation(s) CAF: enfant(s), adulte handicapé, tierce personne, personnalisée d'autonomie
  - ☐ autre (préciser) : .....

JUSTIFICATIFS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

- ☐ Copie Facture portant la mention « acquittée » OU Devis
- ☐ Pour une demande d'aide relative à un aménagement du domicile, un fauteuil roulant… : Copie de votre demande d'aide au Fonds Départemental de Compensation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) OU
- ☐ Pour une demande d'aide relative à des soins de santé, lunettes, dentaire, auditif… : copie de votre demande d'aide à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et/ou à la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Départemental. De plus, nous vous conseillons de solliciter tous les autres dispositifs d'aides à votre disposition (ex : Caisses de retraite…)

Date :.....

Signature :

☐ Original de la facture ou titre du Trésor Public OU

Mutuelle régie par le Code de la mutualité et soumise au Livre II – SIREN n° 784 442 915 – Mai 2018

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE