|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berry-Touraine |  | **Demande d’aide financière Accès aux soins** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Conditions d’accès :**   * **Vos prestations maladie doivent être versées par la MSA Berry-Touraine.** Si ce n’est pas le cas, veuillez-vous adresser à votre Caisse d’Assurance Maladie (CPAM,…) * **Vous devez avoir souscrit une complémentaire santé ( ou CMUC ) ou être en cours d’adhésion**. Si ce n’est pas le cas, les démarches conseillées sont :   + Pour étudier vos droits à la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou l’ACS (Aide à la Complémentaire Santé) : contactez la MSA Berry-Touraine au 02 54 44 87 87 pour demander un « Rendez-vous Prestations ».   + Si vous n’êtes pas recevable à la CMUC ou à l’ACS et souhaitez être accompagné par un travailleur social pour souscrire une complémentaire santé, vous pouvez contacter le Domaine Solidarité au **02 54 29 45 34** (tous les matins entre 9h et 12h) * **Cette demande est soumise à condition de ressources** *(vous reporter à la fin du formulaire pour connaître les modalités de calcul)* | |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Identification du demandeur** |

|  |  |
| --- | --- |
| N° de sécurité sociale : | Téléphone fixe : |
| NOM - Prénom: | Téléphone mobile : |
| Adresse : | CP – Commune : |
| Mail : | |
| En couple  Seul-e | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Composition de la famille** | | | |
|  | **Nom – Prénom** | **Date de naissance** | **Situation professionnelle ou scolaire** |
| **Demandeur** |  |  |  |
| **Conjoint-e** |  |  |  |
| **Enfants à charge** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Autres informations** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Percevez-vous des prestations familiales ou logement ?**  Oui  Non  Si oui, elles sont versées par :  MSA Berry-Touraine  CAF | **Avez-vous une Mutuelle (complémentaire santé) ?**  Oui  Non  Si oui, nom de l’organisme : | **Bénéficiez-vous de la CMUC ?**  Oui  Non |

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à la MSA** |

|  |  |
| --- | --- |
| * Participation : | * QF : |
| * Intervenant : | * Accord |
| * Bénéficiaire : | * Paiement :  Oui  Sur facture |
| * Nature dépense : * Reste à charge : | * Refus : |

|  |
| --- |
| **La demande d’aide financière** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’aide est demandée pour :**  Assuré-e  Conjoint-e  Enfant – son prénom :  (la demande sera recevable pour conjoint(e) et enfants s’ils sont inscrits sur la Carte Vitale de l’assuré-e | | |
| **La demande concerne :**  Auditif  Dentaire  Optique  Orthopédie  Cure thermale  Frais d’hospitalisation  Produits et soins non remboursés  Autre : | | |
| **Frais prévus** (ou réalisés depuis moins d’un mois) | **Montant** | **Pour les cures thermales** (si les frais de transport et/ou d’hébergement ne sont pas pris en charge par l’Assurance Maladie), votre demande concerne :   * L’hébergement  Oui  Non * Les frais de transport  Oui  Non   Si oui, indiquez le nombre de km aller-retour si trajet prévu en voiture (domicile – lieu de la cure) :       km |
| Coût de la dépense |  |
| Remboursement de l’assurance maladie |  |
| Remboursement de la Mutuelle(Complémentaire Santé |  |
| Autres financements obtenus |  |
| **Reste à charge** |  |
| Avez-vous sollicité des aides auprès d’autres organismes ?  Oui  Non  Si oui, lesquels :   |  | | --- | | **Situations particulières** | | * **Vous avez des Frais d’hébergement en EHPAD  pour**  vous-même  votre conjoint-e | | * **Votre situation a changé** (chômage, séparation, veuvage récent,…) et vous souhaitez une étude de votre demande avec vos ressources actuelles   Précisez en quoi votre situation a changé : |   *Pour votre information, certaines Mutuelles/Complémentaires Santé ont un service d’action sociale : vous pouvez vous renseigner auprès de la vôtre.* | | |

|  |
| --- |
| **Veuillez exposer ci-dessous les raisons de votre demande :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Mode de paiement de l’aide** |
| En cas de versement d’une aide financière pour vos frais de santé, quel sera le destinataire du paiement ?  Le professionnel de santé/le fournisseur (fournir le RIB)  Vous-même (fournir le RIB si ce n’est pas sur le compte habituel sur lequel nos paiements sont effectués) |
| |  | | --- | | **Souhait de rencontrer un travailleur social** | |

|  |
| --- |
| **Le service d’Action Sociale accompagne les assurés malades ou en situation de handicap.**  Avez-vous déjà rencontré le travailleur social de la MSA ? Oui  Non  Souhaitez-vous être contacté-e pour connaître les actions développées ? Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Attestation sur l’honneur** | |
| **La MSA Berry-Touraine se réserve le droit de vérifier l’exactitude des informations contenues dans cette déclaration.**  *La loi rend passible d’amende et d’emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclaration (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*  **Fait à :**       **Le** | | |
| **Votre signature :** |  | |

**(Voir en page 3 : informations importantes et liste des pièces à joindre)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS IMPORTANTES** | | | | | |
| * **Conditions de ressources** : disposer d’un quotient familial inférieur ou égal à 1 071 € | | | | |
| Calcul du quotient familial :   |  |  | | --- | --- | | 1/12ème du revenu brut global de l’avis d’imposition 2021 *(revenus 2020)*  + Prestations familiales périodiques (avant CRDS) perçues au moment de la demande | | | Nombre de parts \* |   \* Calcul du nombre de parts : *2 parts pour parent(s) ou personne seule + ½ part par enfant à charge au titre des prestations familiales (sauf le 3ème enfant = 1 part) + ½ part par enfant bénéficiaire de l’AEEH (Allocation d’éducation pour l’enfant handicapé)* | | | | |
| * **Barème de participation** : | | | | |
| **Quotient familial (QF)** | **Montant minimum du reste à charge avant votre demande d’aide** | **Taux de participation MSA sur reste à charge\*** | **Participation limitée par an et par personne** | \* Exception pour les cures thermales :  Le taux de participation MSA est calculé sur les bases de remboursement de l’Assurance Obligatoire (et pas sur le reste à charge) |
| **de 0 à 306 €** | Pas de minimum | 98 % | 1 200 € |
| **de 307 à 459 €** | 30 € | 85 % | 1 000 € |
| **de 460 à 612 €** | 75 € | 75 % | 800 € |
| **de 613 à 765 €** | 100 € | 60 % | 600 € |
| **de 766 à 918 €** | 150 € | 45 % | 500 € |
| **de 919 à 1 071 €** | 200 € | 30 % | 400 € |
| * Un abattement de 500 € sur le quotient familial sera appliqué pour les foyers ayant des frais d’hébergement en EHPAD à leur charge (que ce soit pour le demandeur ou son conjoint). * Les demandes dérogatoires aux conditions d’accès à cette prestation seront soumises à l’examen du Comité Restreint d’Action Sanitaire et Sociale. Si nécessaire, une évaluation sociale pourra être réalisée. * L’inexactitude des déclarations de l’assuré-e entraîne de plein droit la récupération des aides versées, sans préjudice des poursuites encourues. * Si vous avez des difficultés pour remplir cet imprimé, contactez le Service Social aux coordonnées figurant en haut de la première page. | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pièces à fournir** | | | |
| Selon votre situation, joindre tous les justificatifs demandés car seul un dossier complet pourra être examiné. Si vous avez déjà fourni certains documents, merci de l’indiquer dans la colonne prévue à cet effet. | | |
|  | **Pièces à fournir** (pour votre conjoint-e et vous-même) | **Si déjà fourni : indiquer pour quel service ou quel dossier** (santé, prestations familiales, retraite,…) |
|  | * **Adhésion en cours auprès d’une Mutuelle complémentaire santé :** attestation fournie par la Mutuelle |  |
|  | * **Avis d’imposition 2022** sur les revenus 2021 |  |
|  | * **Prestations familiales de la CAF**: décompte ou attestation des prestations versées le mois précédant |  |
|  | * **Frais d’EHPAD**: dernière facture reçue |  |
|  | * **Vous souhaitez une étude avec vos ressources actuelles** suite changement de situation : tous les justificatifs de ressources du foyer pour le mois dernier |  |
|  | * **1 devis** complété de l’estimation de participation de lapart obligatoire (Assurance Maladie) ET de la part complémentaire (Mutuelle) |  |
|  | * **Si les soins ont été effectués**: facture acquittée datée de moins d’un mois ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif de rejet) |  |
|  | * **RIB** du professionnel de santé /du fournisseur si vous souhaitez que l’aide soit versée à celui-ci |  |
|  | * **Votre RIB** si vous souhaitez que l’aide soit versée sur un autre compte que celui habituellement utilisé pour nos paiements |  |
| **La demande complétée est à adresser avec vos pièces justificatives à :** | | |
| **MSA BERRY-TOURAINE**  **Domaine Solidarité**  **19 Avenue de Vendôme**  **CS 72301**  **41023 BLOIS CEDEX** | | |