|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 [ ]  NonSi oui, elles sont versées par :[ ]  MSA Berry-Touraine[ ]  CAF  | **Avez-vous une Mutuelle (complémentaire santé) ?**[ ]  Oui [ ]  NonSi 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 [ ]  NonSi 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** |