

Demande d'aide financière Accès aux soins

CONDITIONS D'ACCES :

- **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 :
 - o 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 ».
 - o 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 :	
<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, elles sont versées par : <input type="checkbox"/> MSA Berry-Touraine <input type="checkbox"/> CAF	Avez-vous une Mutuelle (complémentaire santé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'organisme :	Bénéficiez-vous de la CMUC ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	--

Cadre réservé à la MSA

<ul style="list-style-type: none"> • Participation : • Intervenant : • Bénéficiaire : • Nature dépense : • Reste à charge : 	<ul style="list-style-type: none"> • QF : • <input type="checkbox"/> Accord • Paiement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sur facture • <input type="checkbox"/> Refus :
--	--

INFORMATIONS IMPORTANTES

- **Conditions de ressources** : disposer d'un quotient familial inférieur ou égal à 1 071 €

Calcul du quotient familial :

$$\frac{1/12^{\text{ème}} \text{ du revenu brut global de l'avis d'imposition 2020 (revenus 2019)} + \text{Prestations familiales périodiques (avant CRDS) perçues au moment de la demande}}{\text{Nombre de parts}^*}$$

* Calcul du nombre de parts : 2 parts pour parent(s) ou personne seule + 1/2 part par enfant à charge au titre des prestations familiales (sauf le 3ème enfant = 1 part) + 1/2 part par enfant bénéficiaire de l'AAEH (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	* <u>Exception pour les cures thermales</u> : 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,...)
<input type="checkbox"/>	• Adhésion en cours auprès d'une Mutuelle complémentaire santé : attestation fournie par la Mutuelle	
<input type="checkbox"/>	• Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019	
<input type="checkbox"/>	• Prestations familiales de la CAF : décompte ou attestation des prestations versées le mois précédant	
<input type="checkbox"/>	• Frais d'EHPAD : dernière facture reçue	
<input type="checkbox"/>	• Vous souhaitez une étude avec vos ressources actuelles suite changement de situation : tous les justificatifs de ressources du foyer pour le mois dernier	
<input type="checkbox"/>	• 1 devis complété de l'estimation de participation de la part obligatoire (Assurance Maladie) <u>ET</u> de la part complémentaire (Mutuelle)	
<input type="checkbox"/>	• Si les soins ont été effectués : facture acquittée <u>datée de moins d'un mois</u> ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif de rejet)	
<input type="checkbox"/>	• RIB du professionnel de santé /du fournisseur si vous souhaitez que l'aide soit versée à celui-ci	
<input type="checkbox"/>	• 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-TOURAINÉ
Domaine Solidarité
19 Avenue de Vendôme
CS 72301
41023 BLOIS CEDEX