



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne



CATALOGUE DES AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

p.3

00 LE CATALOGUE

p.4

01 AIDE À CARACTÈRE SOCIAL

p.5

02 AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

p.5
p.6

- Aide Financière à une Complémentaire Santé (AFCS)
- Aide à la Complémentaire Santé solidaire (AC2S)

p.7

03 AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

p.8
p.8
p.8
p.9
p.9

- Forfait psychologie
- Forfait psychomotricité
- Forfait précarité menstruelle
- Forfait protection pour incontinence
- Forfait dermopigmentation réparatrice

p.10

04 AIDE À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

p.11

05 AIDE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

p.11
p.11
p.12
p.12
p.13

- Aide à la vie PRADO
- Forfait ergothérapie
- Aide-ménagère en sortie d'hospitalisation
- Aide-ménagère hors sortie d'hospitalisation
- Soins palliatifs

p.14

06 ANNEXES

p.14
p.15
p.16
p.20

- Annexe 1
- Annexe 2
- Annexe 3 - Formulaire : Demande d'accès aux soins
- Annexe 4 - Formulaire : Demande d'aide à une complémentaire santé

00

LE CATALOGUE

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie peut vous permettre de bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations (remboursement des soins, indemnités journalières...) habituellement versées.

Ces aides sont destinées aux personnes socialement et financièrement vulnérables.

Un dossier de demande doit être constitué et adressé à la Caisse d'Assurance Maladie. La situation du demandeur sera examinée par une Commission Sociale qui se réunit deux fois par mois.

Les aides sont versées soit au demandeur soit directement au tiers (professionnel de santé, organisme complémentaire, association d'aides à domicile...) pour vous éviter une avance de frais.

Toutes les informations sur les aides financières individuelles ainsi que les formulaires de demandes sont accessibles en ligne sur le site :

https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/aides-financieres-individuelles/aides-financieres-individuelles#text_226

Dans le cadre de la simplification des démarches administratives, les bénéficiaires de la C2S participative et non participative n'auront pas à fournir les justificatifs de charges et ressources si le montant de l'aide attendue est inférieur à 700€.

01

AIDE À CARACTÈRE SOCIAL



Visé à compenser un déséquilibre budgétaire en cas d'arrêt de travail pour le risque maladie, et/ou accident de travail

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr)
- Fournir les ressources avant l'arrêt maladie et les charges qui précèdent le mois de la demande ainsi que les autres justificatifs (*annexe 1*)
- être accompagné par un service social qui fera une évaluation de la situation

La décision et modalités de paiement

- Dossier soumis à la Commission Sociale

Les modalités de paiement

- Paiement après décision sous huitaine



Public concerné

- Les personnes en arrêt maladie ou en accident de travail ne bénéficiant pas du maintien de salaire par l'employeur. Cette aide peut intervenir dès lors que l'arrêt de travail s'installe dans la durée.



02

AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



AIDE FINANCIÈRE À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (AFCS)

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8102 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir la copie du contrat comportant les bénéficiaires ainsi que le montant annuel de la cotisation.

La décision

- Si accord, aide permettant de participer au financement d'une complémentaire santé

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré après décision sous huitaine



Public concerné

- Les personnes ayant reçu un refus C2S mais avec de faibles ressources



AIDE À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (AC2S)

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8102 disponible sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr)
- Avoir retourné le bulletin d'adhésion

La décision

- Prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation

Les modalités de paiement

- Si l'organisme complémentaire est la CPAM → Paiement à la mutuelle après décision sous huitaine
- Si l'organisme complémentaire n'est pas la CPAM → Paiement à l'assuré après décision sous huitaine



Public concerné

- Les bénéficiaires de la C2S avec participation financière



03

AIDE POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS



Vise les frais d'optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, forfait journalier, ticket modérateur...

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, si le montant de la dépense est < à 700 € les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au tiers sur présentation de la facture acquittée, ou titre de recettes pour les hospitalisations



Public concerné

- Toutes personnes rencontrant des difficultés pour régler les frais d'optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, forfait journalier, ou encore ticket modérateur...



FORFAIT PSYCHOLOGIE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires

La décision

- Si accord, prise en charge de 10 séances annuelles dans la limite de 50 €/séance

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au psychologue sur présentation de la facture acquittée

Public concerné

- Toutes personnes âgées de plus de 18 ans devant recourir à des séances de psychologie non prises en charge par l'Assurance Maladie (hors bilan et suivi CMPP)

FORFAIT PSYCHOMOTRICITÉ

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Pour les bénéficiaires de la C2S, les justificatifs de charges et ressources ne sont pas nécessaires, si la dépense est < à 700 €

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale
- Si accord, prise en charge du bilan neuropsychologique dans la limite de 300 € et de 30 séances annuelles dans la limite de 50 €/séance

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au professionnel sur présentation de la facture acquittée

Public concerné

- Toutes personnes devant avoir recours à des séances de psychomotricité non prises en charge par l'Assurance Maladie (hors suivi CMPP et prise en charge MDPH)

FORFAIT PRÉCARITÉ MENSUELLE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge d'un forfait annuel de 120 €

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré sous huitaine

Public concerné

- Toutes les jeunes femmes et femmes bénéficiaires de la C2S participative et non participative (entre 13 ans et 50 ans), y compris les étudiantes

FORFAIT PROTECTION POUR INCONTINENCE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir une prescription médicale
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge d'un forfait semestriel de 700 € renouvelable une fois sur une période de 12 mois consécutifs.

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré sous huitaine



Public concerné

- Toutes les personnes bénéficiaires de la C2S participative et non participative âgées de moins de 60 ans

FORFAIT DERMOPIGMENTATION RÉPARATRICE

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Joindre une prescription médicale
- Fournir un devis
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge de l'intervention dans la limite de 400 € par sein

Les modalités de paiement

- Paiement à l'assuré ou au professionnel sur présentation de la facture acquittée.



Public concerné

- Toutes les personnes atteintes d'une ALD et bénéficiaires de la C2S participative et non participative ayant eu un cancer du sein



04

AIDE À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



DISPOSITIF PRESCRI'FORME

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Prescription médicale du médecin traitant recommandant l'activité adaptée à l'état de santé et un certificat d'absence de contre-indications
- Faire établir un devis par un club certifié par l'Agence Régionale de Santé.
Liste disponible à l'adresse suivante :
<https://www.lasanteparlesport.fr/CLUBS-SPORT-SUR-ORDONNANCE/Je-cherche-un-club-sport-sur-ordonnance?Departement=94&Ville=&Sport=&Pathologie>



Public concerné

- Toutes les personnes atteintes d'une ALD et âgées de plus de 18 ans

La décision

- Si accord, prise en charge à 70 % du bilan initial réalisé par un professionnel de santé dans la limite de 120 € et des séances dans la limite de 300 € annuels

Les modalités de paiement

- Paiement au club sportif sur présentation de la facture acquittée, du carnet de suivi signé par l'assuré et l'intervenant du club sportif



05

AIDE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE



AIDE À LA VIE PRADO

La demande

- Constituer un dossier de demande imprimé 3010
- Fournir le devis du prestataire
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge de 20 heures d'intervention ménagère dans la limite de 490€

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures.



Public concerné

- Pour les personnes en sortie d'hospitalisation rentrant dans le dispositif PRADO sauf volet maternité



FORFAIT ERGOTHÉRAPIE

La demande

- Constituer un dossier de demande (imprimé en cours)
- Fournir le devis de l'ergothérapeute
- Aucun justificatif de charges et ressources à fournir

La décision

- Prise en charge du bilan dans la limite de 150€ et de 4 à 5 séances dans la limite de 300€ soit 450€ au total

Les modalités de paiement

- Paiement au professionnel sur présentation de la facture.



Public concerné

- Pour les personnes âgées de plus de 75 ans et les personnes âgées de plus de 18 ans ayant eu un AVC en sortie d'hospitalisation rentrant dans le dispositif PRADO



AIDE-MÉNAGÈRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Fournir dernier avis d'imposition du foyer ou si le revenu fiscal de référence est égal à 0€, les justificatifs des ressources de toutes les personnes vivant au foyer
- Joindre une prescription médicale pour 20 heures
- Fournir un devis du prestataire
- Joindre le bulletin de sortie d'hospitalisation
- Être accompagné par un service social qui fera une évaluation de la situation



Public concerné

- Pour les personnes ne relevant pas de la Caisse Vieillesse en sortie d'hospitalisation hors PRADO

La décision

- Si accord, prise en charge de 20 heures d'intervention dans la limite de 490€

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures



AIDE-MÉNAGÈRE HORS SORTIE D'HOSPITALISATION

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Joindre une prescription médicale indiquant le nombre d'heures hebdomadaire et la durée
- Fournir un devis du prestataire
- Fournir l'ensemble des justificatifs (*annexe 1*)
- Être accompagné par un service social qui fera une évaluation de la situation



Public concerné

- Pour les personnes ayant besoin de l'intervention d'une aide-ménagère

La décision

- Dossier soumis à la Commission Sociale

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures

SOINS PALLIATIFS

La demande

- Constituer d'un dossier de demande imprimé 8101 disponible sur le site ameli.fr
- Joindre les justificatifs (*annexe 2*)
- Joindre le devis de l'association
- Transmettre de la demande par un service social, une équipe mobile de soins palliatifs, par un réseau spécialisé en soins palliatifs ou par un service de soins infirmiers à domicile agréé

La décision

- Si accord, prise en charge dans la limite de 3000 € selon les ressources.

Les modalités de paiement

- Paiement au prestataire sur présentation des factures



Public concerné

- Pour les personnes nécessitant l'intervention de garde malade



06

ANNEXES

ANNEXE 1 - Liste des pièces à fournir

Justificatifs de ressources à fournir selon la situation

- Allocations Pôle Emploi,
- Bulletin de salaire,
- Indemnités Journalières + Complément de salaire / prévoyance,
- Pension d'invalidité,
- Rente d'un Accident du Travail,
- Pensions : retraites principales et complémentaires, minimum vieillesse (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées), allocation veuvage,
- Pensions alimentaires reçues,
- Revenus fonciers,
- Revenus d'activité non salarié,
- Allocations familiales,
- Bourses d'études de l'enseignement supérieur.

Joindre l'avis d'imposition ou de non-imposition

Justificatifs de charges à fournir selon la situation

- Pensions alimentaires versées,
- Loyer ou crédit immobilier
- Taxe d'habitation,
- Taxe foncière,
- Echancier de la cotisation de la complémentaire santé.

Justificatifs à fournir selon la nature de la demande

- Avis des sommes à payer de l'établissement hospitalier
- Devis détaillé de la prestation
- Facture acquittée
- Echancier de la cotisation de la complémentaire santé
- Prescription médicale



ANNEXE 2 - Liste des pièces à fournir dans le cadre des soins palliatifs

Justificatifs de ressources

- Dernier avis d'imposition ou en cas de changement de situation récent les trois derniers bulletins de salaire ou avis de versement du Pôle Emploi.

Justificatifs de charges

- Dernière quittance de loyer avec les charges locatives ou échéancier d'accession à la propriété (taxe foncière en cas de fin de remboursement du crédit immobilier).

Autres justificatifs

- Attestation de prise en charge originale dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile établie par une équipe mobile de soins palliatifs, par un réseau spécialisé en soins palliatifs ou par un service de soins infirmiers à domicile agréé.
- Prescription médicale originale des aides (garde-malade à domicile) précisant le nombre d'heures par jour et le nombre de jours par semaine.
- Devis de l'association qui effectuera les gardes comportant la mention « garde-malade ».
- Convention signée avec l'Assurance Maladie du lieu de domiciliation de l'association si le demandeur dépend de la banque de France.



ANNEXE 3 - Formulaire

Demande d'accès aux soins



Val-de-Marne

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ.E

Numéro de sécurité sociale : CPAM SLM (joindre l'attestation d'affiliation).

Nom de l'assuré(e) : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance :

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

Situation familiale :

Célibataire Concubinage Marié(e)/Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Situation administrative

Activité professionnelle Demandeur d'emploi Retraite Etudiant Invalidité Autres à préciser :

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré.e)

Nom du demandeur : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance :

COMPOSITION DU FOYER

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage, retraité ...)	Numéro de sécurité sociale	N° d'allocataire CAF
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)							
Enfants							
Autres personnes vivant au foyer							

MOTIF DE LA DEMANDE

Votre demande concerne :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> Séance de psychologie (+18 ans) | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie | <input type="checkbox"/> Séance de psychomotricité | <input type="checkbox"/> Auditif/ Optique |
| <input type="checkbox"/> Implants dentaires | <input type="checkbox"/> Forfait journalier | <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> Autres frais dentaires | <input type="checkbox"/> Ticket modérateur | <input type="checkbox"/> Autres à préciser |

JUSTIFICATIF À FOURNIR SELON LA NATURE DES SOINS

PRESTATIONS	Soins envisagés	Soins réalisés
Dentaire	- Devis détaillé - Attestation de participation de la mutuelle	- Facture détaillée - Décompte de votre mutuelle
Auditif/Optique	- Prescription médicale - Devis avec l'offre 100 % santé et l'autre offre - Attestation de participation de la mutuelle	- Facture détaillée - Décompte de votre mutuelle
Psychologie Psychomotricité	- Prescription médicale - Devis détaillé - Attestation de participation de la mutuelle	- Prescription médicale - Facture détaillée - Décompte de votre mutuelle
Hospitalisation	/	- Facturation ou titre de recettes - Décompte de votre mutuelle
Semelles orthopédiques	- Prescription médicale - Devis détaillé - Attestation de participation de la mutuelle	- Facture - Décompte de votre mutuelle
Maintien à domicile	- Prescription médicale - Devis détaillé	/
Autres demandes	- Prescription médicale - Devis détaillé - Attestation de participation de la mutuelle	- Facture détaillée - Décompte de votre mutuelle

AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D'UN TIERS

En cas d'accord, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie du Val de Marne à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

Établissement hospitalier
 Professionnel de santé
 Fournisseur
 Association
 Bailleur
 Nom du tiers : Cliquez ici pour taper du texte.

À cet effet, je vous joins le **Relevé d'identité bancaire ou postal du tiers**

Date :

Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE

02/2022 CPAM 8101

Expliquer vos difficultés :

Cliquez ici pour taper du texte.

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui

↳ Nom de l'organisme complémentaire : Cliquez ici pour taper du texte. Téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

Non

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Oui Lesquels : Cliquez ici pour taper du texte.

Non

Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande et j'accepte que l'intégralité des informations figurant dans le présent dossier soit communiquée aux organismes sollicités dans le cadre de l'étude de ma demande d'aide.

Date :

Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE

Textes de loi

Articles L114.13 du Code de la Sécurité Sociale : est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées, par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article 150 du Code Pénal : tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.

► Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4) est à adresser à :

Assurance Maladie du Val de Marne
Service des Aides Financières Individuelles
94031 CRETEIL cedex

02/2022 CPM 8101

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Les justificatifs de ressources et de charges du mois précédant votre demande selon votre situation (Cf. tableau ci-dessous)
- Votre dernier avis d'imposition ou de non imposition

Ressources mensuelles	
Revenus liés à une activité	Salaire net mensuel avant impôt (moyenne des trois derniers mois) ou revenus d'apprentissage et de formation
	Allocation chômage (moyenne des trois derniers mois)
	Indemnités journalières
	Complément d'indemnités journalières
	Revenu d'activité non-salariée
	Prime d'activité
Pensions et rentes	Pension d'invalidité
	Majoration tierce personne
	Pension retraite (dont ASPA)
	Pension de réversion
	Retraite complémentaire
	Pensions civiles et militaires
	Rentes accident du travail ou survivant
	Allocation veuvage
Prestations diverses	RSA
	Allocations familiales
	Allocation parent isolé
	Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH, ASI...)
	APL / AL
	PAJE
	Autres prestations compensatoires
Autres ressources	Revenus mobiliers ou immobiliers
	Pension alimentaire
	Bourse d'études

Charges mensuelles	
Loyers	
Accessions à la propriété	
Déclaration d'hébergement, attestation de domiciliation	
Taxe d'habitation	
Energie (électricité, chauffage)	
Pension alimentaire versée	
Montant mensuel de l'apurement de dettes suite à une décision de la commission de surendettement	
Complémentaire santé	



ANNEXE 4 - Formulaire

Demande d'aide à une complémentaire santé



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Val-de-Marne

**N'oubliez pas de consulter
la notice d'informations**

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

(Vous devez avoir déclaré un médecin traitant)

CACHET DU SERVICE EXPÉDITEUR

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

N° d'immatriculation _____

N° de téléphone _____

Adresse Courriel _____

SITUATION DU DEMANDEUR

(les rubriques doivent obligatoirement être cochées par l'assuré)

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) PACS Concubin(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

SITUATION ADMINISTRATIVE

Salarié Chômeur Invalide Retraité Rentier A.T. Allocataire Adulte Handicapé

Autres, précisez _____

Connaissez-vous une assistante sociale ? oui non

Si oui, précisez : Nom _____ Assurance Maladie Autres

SITUATION DU DEMANDEUR

Membres	Nom et prénoms	Date de naissance	Profession	N° d'immatriculation
Conjoint ou concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale).

A _____ Le _____ Signature originale du demandeur (obligatoire) :

10-2021 CPAM 8102.6



NOTICE D'INFORMATIONS

**Vous avez reçu un accord pour une
Complémentaire Santé
Solidaire Participative.**

**Vous n'avez pas droit à la
Complémentaire Santé Solidaire
mais vos ressources
sont faibles.**

**La CPAM du Val-de-Marne peut
vous aider à financer vos
participations financières**

**La CPAM du Val-de-Marne peut
vous aider à réduire vos
frais de cotisation.**

Merci de nous retourner :

- le formulaire joint complété et signé.

Merci de nous retourner :

- la copie du contrat comportant les bénéficiaires ainsi que le montant annuel de la cotisation
- le formulaire joint complété et signé.

La demande **ORIGINALE** complète
doit être adressée à :

**L'ASSURANCE MALADIE
DU VAL-DE-MARNE**
Service des Aides Financières Individuelles

94031 CRETEIL CEDEX

https://www.asafo.fr/depot_pieces/

ADRESSES & CONTACTS

Pour toute transmission de dossiers

https://www.asafo.fr/depot_pieces/

Pour nous écrire

CPAM du Val-de-Marne
Service des aides financières
94031 CRÉTEIL CEDEX

