

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ.E

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

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

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 : Prénom :

Date de naissance :

COMPOSITION DU FOYER

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage, retraité ...)	Numéro de sécurité social	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 :

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

Date :

Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE

Expliquer vos difficultés :

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui

↳ Nom de l'organisme complémentaire :

Non

Téléphone :

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Oui Lesquels :

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

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 ressources	Autres prestations compensatoires
	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	