NOTICE A LIRE AVEC ATTENTION

(1) Il est rappelé que **les aides individuelles sont accordées à titre exceptionnel.** Elles n'ont pas vocation à être renouvelées.

(2) Elles sont toutes soumises à ***condition de ressources***. L'absence de l'avis d'imposition et le cas échéant, du dernier avis de la CAF, entraîne un rejet.

L'inexactitude des déclarations entraînera de plein droit, la récupération des aides versées, sans préjudice des poursuites encourues.

(3) Pour l'optique, l'ODF et tous les appareillages (dentaire ou autre), les assurés disposant de ressources faibles doivent au préalable faire une demande au titre de la C.M.U. Complémentaire.

(4) Toutes les demandes concernant **l'appareillage dentaire** doivent être accompagnées de **DEVIS**. Aucun accord ne pourra être donné si le travail est commencé ou la fourniture payée.

(5) En cas d'accord pour une aide, **la facture doit être strictement identique** au devis. Aucune exigence différente du devis ne peut être acceptée par les professionnels de santé, les aides étant réservées aux personnes démunies qui ne peuvent pas payer leurs soins ou leur appareillage.

(6) En ce qui concerne les **lunettes**, il est impératif que la facture soit délivrée par l'opticien qui a établi le devis accompagnant la demande de secours.

S'il y a changement d'opticien, un nouveau devis devra être présenté, l'accord initial n'étant plus valable.

(7) Les demandes **de prise en charge du ticket modérateur** doivent être accompagnées de décomptes (récents) de remboursement des soins.

l'Assurance Maladie
sécurité sociale
caisse primaire centrale
des Bouches-du-Rhône

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE DE PRESTATION SOCIALE EXCEPTIONNELLE

(à remplir en double exemplaire par le demandeur)

Cet imprimé réservé à l'usage exclusif de la CPCAM-13 revêt un caractère obligatoire pour l'examen de votre demande. **Ne pas y répondre mettrait l'Organisme dans l'obligation de la rejeter.**

1 **ASSURE (E) :** _____ **UNITE DE GESTION DU DOSSIER MALADIE** _____

Nom et Prénom : _____ N° TELEPHONE : _____

Adresse : _____

_____

Ville : _____ Code Postal : _____

2 **BENEFICIAIRE DE L'AIDE SOLLICITEE**

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

3 **MOTIF DE LA DEMANDE**

Je sollicite une aide exceptionnelle pour : _____

_____

_____

Le montant de ma demande s'élève à :
(Joindre les justificatifs demandés au verso de l'imprimé). _____ Euros

4 **A REMPLIR PAR L'UNITE DE GESTION**

DEMANDE DE C.M.U Complémentaire OUI ☐ NON ☐

ACCORD ☐ ⇒ Période accordée du _____ au _____

REJET ☐ ⇒ Le _____

Ressources annuelles déclarées _____ €.

Arrêt de travail du _____

Repos Motivé au _____ Risque _____

Repos Limité au _____

Reprise du Travail le _____ Montant I.J. : _____

Exonération du T.M. accordée pour le bénéficiaire à la date des soins en cause OUI ☐ NON ☐

N° Tél. TECHNICIEN : .....

U.G.E. .....

Enquête Sociale demandée :

NON ☐

OUI ☐ le .....

"La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectificationpour les données concernant le demandeur auprès des organismes concernés"

Réf. : 94 11 035 PAO/SIR Février 2003