l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Calvados

Pôle accès aux soins

DEMANDE D'AIDES EXCEPTIONNELLES

Pour être mieux remboursé, il est utile d'avoir une complémentaire santé.

Il existe une aide pour faciliter l'accès à une complémentaire santé : la complémentaire santé solidaire.

L'attribution de cette aide dépend de votre situation et de vos ressources.

Pour plus d'information rendez-vous sur :

www.ameli.fr

ou sollicitez un rendez-vous avec un conseiller au :

3646 Service gratuit + prix appel

L'examen de santé

Entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie, l'examen de santé me permet de faire un point sur ma santé.

Je m'inscris en ligne sur www.uc-irsa.fr ou je contacte l'UC-IRSA au 02 31 54 41 00

Motif de la demande

.....

.....

.....

.....

.....

Nom de l'assuré : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro d'allocataire Caf : |__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Mail : _____ Profession : _____

☐ J'autorise la CPAM à utiliser les informations ci-dessus pour me contacter

☐ Je charge la CPAM de l'ouverture de mon compte en ligne sur www.ameli.fr

Dossier transmis par un service social : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom du travailleur social : _____

et service : _____

Nom et prénom du bénéficiaire (si n'est pas l'assuré) :

_____

Qualité du bénéficiaire :
- ☐ Conjoint
- ☐ Concubin
- ☐ Enfant
- ☐ Autre ayant droit

Caisse de rattachement (si autre CPAM, merci de joindre une attestation de droits) :

_____

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados
108 boulevard Jean Moulin - CS 10001 - 14031 Caen cedex 9

SITUATION DE FAMILLE DU DEMANDEUR

☐ Célibataire ☐ Vivant maritalement ☐ Marié / pacsé ☐ Divorcé / séparé ☐ Veuf(ve)

MEMBRES DU FOYER

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	PROFESSION ou SITUATION - préciser si : scolaire, étudiant, apprenti, chômage.

PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

Bénéficiez-vous de la Complémentaire santé solidaire ? ☐ oui ☐ non

Êtes-vous adhérent à un organisme complémentaire ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nom et adresse de l'organisme : .....

.....

.....

CO-FINANCEMENT

Participation d'autres organismes aux frais motivant la demande ?

NOM DE L'ORGANISME	En cours : montant sollicité	Accordé : montant	Refus
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Vous pouvez avoir accès et rectifier les informations vous concernant en vous adressant à votre caisse d'Assurance Maladie.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale).

RESSOURCES DES TROIS MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

	Ressources personnelles			Ressources des autres membres du foyer
	M-3	M-2	M-1	
Revenu professionnel				
Indemnités journalières				
Complément indemnités journalières				
Pension retraite				
Retraite complémentaire				
Pension de réversion				
Allocation veuvage				
Indemnités chômage				
Pension d'invalidité				
Rente				
Pension militaire				
Pension veuve de guerre				
Revenu patrimoine mobilier / immobilier				
Revenu patrimoine foncier				
Revenu de solidarité active (RSA)				
Allocation recherche premier emploi (ARPE)				
Allocation adulte handicapé (AAH)				
Allocation éducation enfant handicapé (AEEH)				
Allocation parent isolé (API)				
Fond supplémentaire veuvage (FSV)				
Fond supplémentaire invalidité (FSI)				
Prestation familiale				
APL				
Pension alimentaire				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)				
Bourse				
Total de vos ressources mensuelles				

CHARGES MENSUELLES

Nature	Montant
Loyer brut	
Crédit immobilier	
Charges de copropriété	
Électricité	
Eau	
Gaz	
Chauffage	
Taxe foncière	
Assurance habitation ..	
Crédit véhicule / LOA / LDD	
Assurance véhicule	
Complémentaire santé	
Pension alimentaire versée	
Impôt sur le revenu	
Autre (précisez)	
Dette (précisez)	
Surendettement	
Téléphone	
Internet	
Télévision	
Total de vos charges mensuelles	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare en outre ne pas bénéficier d'autres ressources.

A ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :

PIÈCES À JOINDRE À MON DOSSIER

Le justificatif des ressources est obligatoire.
Joindre les copies des documents se rapportant à votre demande.

Aides ménagères à domicile	- Certificat médical évaluant les besoins - Devis mensuel de l'association qui va intervenir - Fiche d'évaluation sociale
Ticket modérateur hospitalier	- Original de l'avis des sommes à payer ou du titre de recette
Orthodontie	- Devis du dentiste et attestation de l'organisme complémentaire précisant le montant exact de sa participation ou - Facture du dentiste et décompte de la mutuelle
Optique	- Devis détaillé avec prescription médicale et attestation de la mutuelle précisant le montant exact de sa participation
Prothèse auditive	- Presciption médicale - Devis de l'audioprothésiste - Attestation de l'organisme complémentaire précisant le montant exact de sa participation - Justificatifs de co-financement par la MDPH ou AGEFIPH (sauf si retraité)
Prothèse dentaire	- Un devis descriptifs établis par le praticien **avant** le début des travaux - Attestation chiffrée de l'organisme complémentaire avec le montant exact de sa participation
Droits non ouverts aux indemnités journalières	- Les 3 derniers bulletins de salaire
Ressources réduites pour un arrêt maladie	Pour un assuré salarié : - Attestation sur l'honneur de l'assuré précisant qu'il n'a perçu que les indemnités journalières - Attestation de l'employeur ou de la caisse complémentaire précisant si l'assuré perçoit ou non un complément de salaire. Dans l'affirmative, indiquez la période Pour un assuré au chômage indemnisé : - Attestation sur l'honneur de l'assuré précisant qu'il n'a perçu que les indemnités journalières
Soins palliatifs	- Prescription médicale précisant que la personne relève de soins palliatifs, datée de moins d'un mois - Devis de l'association - Evaluation sociale
Handicap	- Devis - Participation mutuelle et autres organismes - Avis de la MDPH / AGEFIPH / ANAH (si demande d'aménagement du logement)

EN CAS DE BESOIN

Contactez la CPAM du Calvados ou le service social de la CARSAT au : **3646** Service gratuit + prix appel

Si nécessaire, vous pouvez solliciter un rendez-vous personnalisé.