

Type d'aide : _____

cerfa n°13343*11

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél : _____ Adresse électronique : _____

MUTUELLE* _____ N° ADHERENT _____

*Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale : SOLIDARM CNG

N° CAF : _____

LIEN AVEC LE MINISTÈRE DES ARMÉES

ACTIVITÉ

Affectation

Armée d'appartenance

CODE ASA

(cf. liste jointe en annexe)

RETRAITE

Depuis le

Armée d'appartenance

Dernière affectation

VEUF(VE) depuis le

EX-CONJOINT depuis le

Renseignements concernant le conjoint décédé,
 l'ex-conjoint ou le parent décédé :

ACTIVITÉ

Affectation

Grade

RETRAITE

Affectation

Dernière affectation

AUTRES (par exemple orphelin majeur, retraité retravaillant).....

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE D'AIDE FINANCIERE MEDICO-SOCIALE

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date de naissance : _____

Assuré Conjoint Enfant Concubin PACSE Autre (préciser le lien de parenté) : _____

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

<i>NOM - Prénoms</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Lien de parenté</i>	<i>Profession</i>

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	<i>Assuré</i>	<i>Conjoint</i>	<i>Autres</i>
Pension militaire de retraite			
Pension militaire de réversion			
Sécurité sociale (CARSAT ...)			
Solde ou salaire			
Allocations familiales			
Pension alimentaire			
B. AUTRES RETRAITES			
Pension militaire d'invalidité			
Pension de veuve de guerre			
Retraite complémentaire (cadre ou non)			
C. AUTRES RESSOURCES			
Rentes viagères			
Revenus mobiliers et immobiliers			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance)			
Autres ressources éventuelles			
TOTAL	€	€	€

Objet de la demande : S'agit-il d'un accident OUI
Causé par un tiers OUI

NON si, OUI, date _____
 NON

Raisons pour lesquelles l'aide est sollicitée :

AIDES MÉDICO-SOCIALES PERÇUES LES 3 DERNIÈRES ANNÉES (aides et prêts)

DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT	DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT

INFORMATION

Si vous souhaitez obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier à la mutuelle⁽¹⁾ et à l'assistant(e) de service social des Armées⁽²⁾ doit être précisée :

J'autorise le partage de mon dossier avec

ma mutuelle

l'assistant(e) de service social du ministère des Armées

(1) Les mutuelles (UNEO, SOLIDARM, CNG, MSPP, Harmonie Fonction Publique, FORTEGO) adhèrent au réseau social des armées qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

(2) L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social des armées implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (accès, rectification, opposition, suppression) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS - DGR/SJR - Délégué à la protection des données personnelles - 247 av J Cartier 83090 Toulon Cedex 9, en précisant l'objet de votre demande, ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇒ Est possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies⁽¹⁾.

Date et signature du demandeur

(1) La CNMSS se réserve le droit de contrôler les prestations servies. A ce titre une enquête peut être réalisée. L'assuré(e) doit y répondre obligatoirement sous peine d'interruption dans le paiement de la prestation.

À JOINDRE OBLIGATOIREMENT : copies non agrafées, format A4 ou A5 en recto uniquement

1- Pour tout acte médical :

Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil (adresse PAGE 4) ou par fax au 04 94 16 37 65 ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant sur

[www.cnmss.fr/contactez-nous/contrôle médical/Autres demandes](http://www.cnmss.fr/contactez-nous/contrôle_médical/Autres_demandes)

Pour les demandes d'aide financière médico-sociale dentaires, adressez sous pli confidentiel, à l'attention du dentiste conseil, les pièces suivantes, en précisant les nom et prénom du bénéficiaire sur les différents documents :

Pour l'orthodontie : les photographies en bouche ou photographies des mouliges ainsi que le diagnostic.

Pour tous les types de soins et les prothèses : une radiographie panoramique ou les radiographies retro-alvéolaires correspondants aux soins faisant l'objet de la demande.

Dans le cadre d'un envoi dématérialisé veuillez adresser les pièces médicales dentaires en vous connectant sur

[www.cnmss.fr/contactez-nous/contrôle dentaire/Pièces médicales pour secours dentaires](http://www.cnmss.fr/contactez-nous/contrôle_dentaire/Pièces_médicales_pour_secours_dentaires)

2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso) dans son intégralité. La copie de la déclaration d'impôt n'est pas recevable.

3- Les photocopies justificatives des ressources des personnes vivant au foyer : bulletin de salaire ou de solde de décembre, pension, prestations familiales...

4- Les factures originales acquittées correspondant aux dépenses engagées ou exceptionnellement le devis pour la période considérée. Les devis relatifs à des actes à séances multiples seront établis sur la base de 15 séances.

5- Le devis de simulation ou le volet de remboursement de votre mutuelle précisant le montant de sa participation y compris le complément statutaire, ou, pour un autre organisme social, le montant de l'aide allouée.

6- La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)

7- Si hospitalisation : le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie.

8- La décision d'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le récépissé de dépôt de la demande.

9- Autre :

Veuillez reporter dans la rubrique « Lien avec le MINISTÈRE DES ARMÉES » le code du centre territorial d'action sociale (CTAS) ou du centre d'action sociale outre-mer (CASOM), correspondant à votre affectation actuelle.

CODES	(Zones géographiques de compétence – Départements)	
7100	CTAS de SAINT GERMAIN en LAYE	(59-60-62-75-77-78-80-91-92-93-94-95 et BELGIQUE)
7200	CTAS de de METZ	(02-08-10-21-25-39-51-52-54-55-57-58-67-68-70-71-88-89-90)
7300	CTAS de LYON	(01-03-04-05-07-13-15-26-30-34-38-42-43-48-63-69-73-74-84)
7400	CTAS de TOULON	(06-20-83)
7500	CTAS de BORDEAUX	(09-11-12-16-17-19-23-24-31-32-33-40-46-47-64-65-66-79-81-82-85-86-87)
7600	CTAS de BREST	(14-29-50-56)
7700	CTAS de RENNES	(18-22-27-28-35-36-37-41-44-45-49-53-61-72-76)
OUTRE-MER ET ÉTRANGER		
8100	CASOM – ANTILLES	(971-972)
8200	CASOM – GUYANE	(973)
8300	CASOM - POLYNÉSIE FRANÇAISE	(987)
8400	CASOM - LA RÉUNION	(974-976)
8700	CASOM - NOUVELLE CALÉDONIE	(988)
9000	PASD (Militaires affectés à l'étranger hors : Belgique, Gabon, Djibouti, Sénégal, Emirats Arabes Unis)	

L'enveloppe contenant le dossier doit être affranchie et adressée à :
 Caisse nationale militaire de sécurité sociale
DGR/SASS/Bureau Action Sanitaire et Sociale
 247, avenue Jacques Cartier 83090 TOULON CEDEX 9