



DEMANDE D'AIDE FINANCIERE  
FRAIS DE SANTE ESSS08674

~ Année 2026 ~

Vous pouvez bénéficier, sous condition de ressources, d'une aide aux frais de santé destinée à apporter un complément aux prestations en nature de l'assurance maladie ou à apporter une aide pour des frais médicaux non remboursés et onéreux.

Votre demande concerne (soins, appareillage, fournitures) :

- ORTHODONTIE     SOINS DENTAIRES     AUDITIF(S)     OPTIQUE  
 PETITES FOUNITURES (alèses, protections basiques, changes complets, semelles orthopédiques)

Attention : Pour des actes déjà effectués, ce formulaire doit nous être retourné au plus tard 3 mois après la fin des soins.

Nb : Pour les frais d'optique, auditifs et les prothèses dentaires, sont exclus de l'aide financière les bénéficiaires de la CSS et les personnes couvertes par un contrat d'assurance complémentaire car elles bénéficient du « 100% santé », sauf cas particuliers justifiant la non prise en charge légale, sous réserve de la production des justificatifs médicaux.

**1 - DEMANDEUR (ASSURÉ (E) EN MALADIE MSA) :**

N° de Sécurité Sociale : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

En activité :

- Salarié agricole     Non Salarié agricole

Sans activité :

- Retraité     Autre situation : .....

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal / Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Mail ..... : .....@.....

Si changement dans votre situation personnelle ou professionnelle depuis votre dernière déclaration fiscale, merci de nous en préciser l'objet et la date : .....

Situation de famille :     Marié(e)     Vie maritale (joindre les 2 avis d'imposition)     Pacsé(e)  
                             Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)     Célibataire

Votre employeur : .....

**2 - COMPOSITION DU FOYER**

	NOM - Prénoms	Date de naissance	Situation actuelle
MR		/ /	
MME		/ /	
1 <sup>er</sup> enfant		/ /	
2 <sup>e</sup> enfant		/ /	
3 <sup>e</sup> enfant		/ /	
4 <sup>e</sup> enfant		/ /	
Autre personne à charge		/ /	

**3 - BENEFICIAIRE DE L'AIDE SOLICITÉE**

Nom – Prénom : .....

**Renseignements complémentaires :**

1) Affiliation à une mutuelle ou une société d'assurance pour les remboursements complémentaires maladie ?\*

- NON  
 OUI    Laquelle : .....

\* (joindre le devis ou le décompte de la complémentaire santé précisant le montant de remboursement pour cette demande)

2) Bénéficiaire de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ? :

- OUI depuis le : ...../...../.....  
 NON.....Une demande est-elle en cours ?  
      NON  
      OUI : date de dépôt de votre demande : ...../...../.....

#### 4 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR

La MSA Provence Azur se réserve le droit de vérifier l'exactitude des informations contenues dans cette déclaration.

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausse déclaration (article L 377.1 du code de la sécurité sociale – article L 441.1 du code pénal).

« *En foi de quoi, je confirme ma demande et atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé* ».

A..... le .....

**Signature :**

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) du 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité des données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, consultez notre politique de protection des données sur notre site internet [www.provenceazur.msa.fr/votre\\_MSA/Informations\\_légales](http://www.provenceazur.msa.fr/votre_MSA/Informations_légales).

#### 5 - INFORMATIONS IMPORTANTES

- ◆ L'attribution d'une aide financière frais de santé, conformément au règlement d>Action Sanitaire et Sociale, s'effectue sous conditions de ressources.
- ◆ L'inexactitude des déclarations de l'adhérent entraîne de plein droit la récupération des aides versées, sans préjudice des poursuites encourues.
- ◆ **COMPLETER TOUTES LES RUBRIQUES DE CET IMPRIME ET JOINDRE TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES DEMANDEES CAR SEUL UN DOSSIER COMPLET POURRA ETRE EXAMINE. TOUTE DEMANDE ET TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES ENVOYEEES HORS DELAI FERONT L'OBJET D'UN REJET.**
- ◆ Si vous avez des difficultés pour remplir cet imprimé, contactez le Service "ACTION SOCIALE" aux coordonnées figurant au bas de la page.

#### 6- CETTE DEMANDE EST A NOUS RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES DANS LES 3 MOIS SUIVANT LA FIN DES SOINS ET AU PLUS TARD LE 31/12/2026 :

SOIT PAR COURRIER : MSA PROVENCE AZUR – SERVICE ACTION SOCIALE – CS 70001 – 13416 MARSEILLE CEDEX 20

SOIT PAR INTERNET : PROVENCEAZUR.MSA.FR/MON ESPACE PRIVE/CONTACT & ECHANGES/TRANSMETTRE MES DOCUMENTS

- ◆ Photocopie complète du ou des avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 des membres du foyer (adhérent ainsi que son conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, quel que soit le type d'union) ; En cas de changement récent de situation, les justificatifs de ressources de l'ensemble des membres du foyer (derniers bulletins de salaire, dernières attestations Pôle Emploi ou justificatifs des retraites).
- ◆ **1 DEVIS pour tous types de demande.**
- ◆ **Si les soins ont été effectués, transmettre la FACTURE acquittée datée de moins de 3 mois**, ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif du rejet de remboursement). **Si les soins n'ont pas été effectués au moment de la demande, vous devrez transmettre la FACTURE acquittée dans les 3 mois suivant la fin des soins.**

Si votre demande concerne des petites fournitures, **vous devrez transmettre la FACTURE acquittée de l'année en cours au plus tard le 31/01/2027.**

- ◆ Un RIB (si changement de coordonnées bancaires).
- ◆ Si votre demande porte sur des **soins d'orthodontie**, joindre également l'estimation de participation de votre mutuelle.
- ◆ Pour les adhérents n'ayant pas de complémentaire santé (Complémentaire Santé Solidaire ou mutuelle), si votre demande porte sur des **soins optiques, auditifs, dentaires ou sur des petites fournitures**, fournir la preuve de l'absence de couverture par une complémentaire santé (attestation sur l'honneur, explications sur l'absence de complémentaire et tout autre justificatif).

**MSA PROVENCE AZUR - Service Action Sanitaire et Sociale :**

**Nous contacter :** 04 91 16 58 39

[provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact & échanges](http://provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact & échanges)

**Nous connaître :** [provenceazur.msa.fr](http://provenceazur.msa.fr)