

**DEMANDE DE PRESTATION
EXTRALEGALE FRAIS DE SANTE
ESSS08674
~ Année 2020 ~**

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 FOURNITURES (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 et les prothèses dentaires, sont exclus de l'aide extralégale 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. Pour les petites fournitures, sont exclus de l'aide extralégale les bénéficiaires de la CSS.

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

| | |
|--|---|
| N° de Sécurité Sociale : <input style="width: 100%;" type="text"/> | En activité : <input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Non Salarié agricole Sans activité : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> 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 ^{er} enfant | | / / | |
| 2 ^e enfant | | / / | |
| 3 ^e enfant | | / / | |
| 4 ^e enfant | | / / | |
| Autre personne à charge | | / / | |

3 - BENEFICIAIRE DE L'AIDE SOLLICITÉE

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 passible 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 :



5 - INFORMATIONS IMPORTANTES

- ◆ L'attribution d'une prestation extra légale 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 31/12/2020 :

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 2019 sur les revenus 2018 des membres du foyer ; 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 31/01/2021.**
- ◆ Un RIB (si changement de coordonnées bancaires)
- ◆ Si votre demande porte sur des **soins auditifs ou 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, 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 : Adhérents des Bouches-du-Rhône 04 91 16 58 39 Adhérents du Var et des Alpes Maritimes 04 94 60 39 32

Nous connaître : provenceazur.msa.fr