

**DEMANDE DE PRESTATION  
 EXTRALEGALE SANTE – ESSS08674**  
 ~ Année 2019 ~

Votre demande concerne des soins ou un appareillage :

DENTAIRE(S)

AUDITIF(S)

OPTIQUE(S)

**1 - DEMANDEUR (ASSURÉ (E)) :**

|   |   |
|---|---|
| N° d'immatriculation : <input style="width: 100%;" type="text"/>  | En activité :<br><input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Non Salarié agricole<br>Sans activité :<br><input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre situation : ..... |
| Nom – Prénom : .....<br>Adresse : .....<br>Code postal / Ville : .....<br>Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....<br>Situation de famille : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale (joindre les 2 avis d'imposition) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)<br><input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire<br>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 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 **CMU C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)** ? :

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

**Nb : Sont exclus de l'aide extralégale les bénéficiaires de la CMU-C sauf cas particuliers justifiant la non prise en charge légale, sous réserve de la production des justificatifs médicaux.**

#### 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 santé, conformément au règlement d'Action Sanitaire et Sociale, s'effectue sous conditions de ressources.
- ◆ Les demandes dérogatoires à ce règlement seront soumises à l'examen du Comité d'Action sanitaire et Sociale, après enquête sociale, au regard de la situation de l'assuré. Leur attribution n'a pas de caractère systématique.
- ◆ 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.**
- ◆ Si vous avez des difficultés pour remplir cet imprimé, contactez le Service "ACTION SOCIALE" aux coordonnées figurant au bas de la première page du dossier.

#### 6 - PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

##### Si votre demande porte sur des soins optiques

- ◆ VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION et VOS RELEVES BANCAIRES des 3 derniers mois
- ◆ Tout justificatif d'allocation Adulte Handicapé, de pension d'invalidité ou de toute autre rente, pour chaque membre 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 ASSEDIC ou justificatifs des retraites)
- ◆ **1 DEVIS avec** l'estimation de participation de votre mutuelle
- ◆ **Si les soins ont été effectués, transmettre la FACTURE acquittée datée de moins de 6 mois**, ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif du rejet de remboursement).

##### Si votre demande porte sur des soins auditifs :

- ◆ VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION et VOS RELEVES BANCAIRES des 3 derniers mois
- ◆ Tout justificatif d'allocation Adulte Handicapé, de pension d'invalidité ou de toute autre rente, pour chaque membre 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 ASSEDIC ou justificatifs des retraites)
- ◆ **2 DEVIS d'appareillage similaires mais de 2 enseignes différentes avec** l'estimation de participation de votre mutuelle
- ◆ **Si les soins ont été effectués, transmettre la FACTURE acquittée datée de moins de 6 mois**, ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif du rejet de remboursement).

##### Si votre demande porte sur des soins dentaires :

- ◆ VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION et VOS RELEVES BANCAIRES des 3 derniers mois
- ◆ Tout justificatif d'allocation Adulte Handicapé, de pension d'invalidité ou de toute autre rente, pour chaque membre 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 ASSEDIC ou justificatifs des retraites)
- ◆ **1 seul DEVIS pour les frais inférieurs ou égaux à 1500 € avec** l'estimation de participation de votre mutuelle **ou**
- ◆ **2 DEVIS de soins similaires mais de 2 praticiens différents, (obligatoires) pour les frais supérieurs à 1500 € avec l'estimation de participation de votre mutuelle**
- ◆ **Si les soins ont été effectués, transmettre la FACTURE acquittée datée de moins de 6 mois**, ainsi que les décomptes de remboursement de la MSA et de votre complémentaire (ou le justificatif du rejet de remboursement).