



IDENTIFICATION DE L'ASSURE

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 : **MNM** **CNG** **MAA**

N° CAF :

LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE

ACTIVITE
Affectation.....
Armée d'appartenance.....
Grade.....
Date d'entrée en service.....
Date prévue de fin d'activité ou de contrat.....

VEUF(VE) depuis le.....

EX-CONJOINT depuis le.....
*Renseignements concernant le conjoint décédé,
l'ex-conjoint ou le parent décédé :*

ACTIVITE
Affectation.....
Grade.....

RETRAITE
Depuis le.....
Armée d'appartenance.....
Dernière affectation.....
Nombre d'années de service.....

RETRAITE
Depuis le.....
Dernière affectation.....
Nombre d'années de service.....

AUTRES (par exemple orphelin majeur, retraité retravaillant)

IDENTIFICATION DU CONJOINT **CONCUBIN** **PACSE**

NOM (en majuscules) _____ **Prénoms** _____

Date de naissance _____

BENEFICIAIRE

Assuré
 Conjoint
 Autre

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Profession

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	<i>Assuré</i>	<i>Conjoint</i>	<i>Autres</i>
A. AVANTAGE PRINCIPAL			
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 NON si, OUI, date _____
 Causé par un tiers OUI NON

Raisons pour lesquelles le secours est sollicité : _____

AIDES MEDICO-SOCIALES PERÇUES LES 3 DERNIERES ANNEES (secours et prêts)					
DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT	DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT

INFORMATION

En vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier avec la mutuelle⁽²⁾ et l'assistant (e) de service social de la Défense⁽¹⁾, interviendra automatiquement sauf mention contraire de votre part.

Je refuse le partage de mon dossier avec ma mutuelle militaire

l'assistante de service social du ministère de la Défense

⁽¹⁾ L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social de la Défense 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

⁽²⁾ Les cinq mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP) adhèrent au réseau social de la Défense qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

⇒ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

⇒ 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 passible 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.

Date et signature du demandeur

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

1 Selon votre cas par courrier, joindre sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil ou du dentiste conseil (adresse ci-dessous) ou par fax au 04 94 16 37 53 ou par courriel à dsm-ass@cnmss.fr:

- un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes

- un certificat dentaire avec diagnostic et plan de traitement ainsi que des radiographies (panoramique et retro alvéolaire) dans les cas d'endodontie, de parodontologie, de comblement et d'implantologie.

2 La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso) **dans son intégralité**.

3 Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, solde, pension, prestations familiales...)

4 Les factures originales acquittées correspondant aux dépenses engagées ou exceptionnellement le devis pour la période considérée

5 Le relevé de paiement correspondant au remboursement en prestations légales d'assurance maladie

6 L'attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation y compris le complément statutaire, ou, pour un autre organisme social, le montant du secours alloué

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

8 Autre :

LE CAS ECHEANT :

9 Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie.

10 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.

L'enveloppe concernant le dossier doit être affranchie et adressée à :

AFFRANCHIR

Caisse nationale militaire
de sécurité sociale
Bureau Action Sanitaire et Sociale
247, avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9