



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

Vous rencontrez des difficultés financières liées à votre santé ? Selon votre situation, l'Assurance Maladie peut vous aider à faire face aux dépenses imprévues.

Pour soumettre votre dossier à la commission, merci de retourner cet imprimé complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées à l'adresse postale Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Côte-d'Or - Service action sanitaire et sociale - CS 34548 - 21045 DIJON CEDEX **ou** le déposer dans une agence près de chez vous (Dijon, Beaune, Montbard, Auxonne), **ou** sur Ameli à l'adresse : <https://cpam21.depotdoc.fr/>. Tout dossier incomplet sera mis en instance et son traitement retardé.

Vous serez avisé par écrit (ou dans votre espace Ameli) de la décision de la Commission d'action sanitaire et sociale.

> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ :

N° de Sécurité sociale :

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom :

Vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Mail :

N°Allocataire CAF :

> VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (mutuelle, assurance santé) :

☐ Titulaire d'une complémentaire. Nom de l'organisme :

☐ Non titulaire d'une complémentaire > Indiquer le motif :

> VOTRE RÉGIME :

☐ GÉNÉRAL ☐ MSA ☐ Fonctionnaire ☐ Spécial (MGEN, MGP...) :

> VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE :

☐ Demandeur d'emploi

☐ Salarié

☐ Retraité

☐ Bénéficiaire d'une pension (Invalidité/Rente AT/MP....)

☐ Bénéficiaire du RSA

☐ Étudiant

☐ Travailleur Indépendant

☐ Bénéficiaire de l'AAH

☐ Autre (préciser) :

> **LE BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (autre que l'assuré) :**

Nom : _____

Prénom : _____

> **LES MEMBRES DE VOTRE FOYER :**

Nombre de personnes vivant au foyer (dont vous) : _____

Nom de votre conjoint(e) : _____ Prénom de votre conjoint(e) : _____

Date de naissance de votre conjoint(e) : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Autres membres du foyer (compléter le tableau ci-dessous) :

Nom et prénom	Lien de Parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance	Situation professionnelle

> **LES RESSOURCES DES PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER :**

Cocher les ressources perçues au cours des 3 derniers mois.

	Assuré, cochez :	Conjoint ou concubin, cochez :	Autre personne ayant des res- sources, cochez :	Autre personne ayant des res- sources, cochez :
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ				
Traitements et salaires				
Indemnités journalières				
Indemnité de la caisse de prévoyance				
Pension d'invalidité				
Rente AT/MP				
Allocation chômage				
PENSIONS DE RETRAITE				
Pension de retraite de base				
Pension de réversion				
Retraites complémentaires				
PRESTATIONS CAF				
RSA				
AAH				
Prestations familiales				
Prestations logement				
Autres prestations CAF, nature :				
AUTRES REVENUS				
Pensions et obligations alimentaires per- çues ou versées				
Travailleur indépendant				
Revenus de capitaux (préciser le montant)				
Bourses d'études				
Autres, nature :				

Le présent document est une attestation sur l'honneur qui engage son auteur et doit être signé.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

(En cas de demande d'aide financière consécutive à un arrêt de travail, l'évaluation de votre situation par un service social est nécessaire).

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Dépenses réelles ou prévues	Montant du remboursement CPAM	Montant du remboursement de votre complémentaire	Montant du remboursement d'un autre organisme (indiquer également son nom)

- ☐ Le présent dossier **complété et signé page 2.**
- ☐ La procuration **complétée et signée page 5.**
- ☐ Le tableau complété et signé **page 2.**
- ☐ Justificatif de bourse.
- ☐ Le dernier avis d'imposition.
- ☐ La décision du tribunal pour les pensions alimentaires perçues/versées **ou** à défaut une attestation sur l'honneur indiquant le montant versé / perçu ainsi que la date de début de versement.
- ☐ Pour les travailleurs indépendants : le dernier avis d'imposition sur les revenus, l'attestation URSSAF de votre chiffre d'affaires (BNC **ou** BIC) des 3 derniers mois avant la demande.
- ☐ Pour toute demande liée à des séances d'ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie : l'attestation sur l'honneur jointe **complétée et signée page 6.**
- ☐ Pour toute demande liée à des frais concernant le dentaire, l'optique, l'auditif : le certificat médical **complété et signé page 7.**

> LES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À JOINDRE A VOTRE DEMANDE :

☐ Aide au paiement d'une complémentaire santé (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) :	☐ Echancier annuel de la complémentaire santé. ☐ Copie du contrat de souscription. ☐ Dernier bulletin de salaire (si complémentaire employeur). ☐ RIB de l'organisme de complémentaire santé.
☐ Frais liés à l'optique (ex : lentilles) :	☐ Devis de l'opticien de moins de 6 mois conforme au devis conventionnel (mentionnant le 100% santé classe A et les codes LPP). OU facture de moins de 3 mois. ☐ Pour les lentilles uniquement : prescription médicale faisant apparaître le code LPP. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge.
☐ Frais d'hospitalisation (ex : ticket modérateur - forfait journalier) :	☐ Avis de sommes à payer (émis moins de 3 mois avant la date de votre demande d'aide).
☐ Fourniture(s) médicale(s) (ex : prothèse capillaire - médicament(s) / pharmacie non remboursable(s) - petit(s) appareillage(s) comme les semelles)	☐ Devis de moins de 6 mois OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge. ☐ Prescription médicale de moins d'1 an. ☐ Certificat médical circonstancié page 7 (sauf pour les semelles) .
☐ Frais liés à l'auditif :	☐ Devis de moins de 6 mois conforme au devis conventionnel (mentionnant le 100 % santé) OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge. ☐ Certificat médical circonstancié page 7 . ☐ Audiogramme ou compte rendu précisant le degré de perte de l'audition. ☐ Notification de PCH de la MDPH OU attestation sur l'honneur de non reconnaissance par la MDPH.
☐ Frais dentaires/implants (ex : soins, prothèse dentaire, implant) :	☐ Devis de moins de 6 mois conforme au devis conventionnel (mentionnant le 100 % santé) OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge. ☐ Certificat médical circonstancié page 7 . ☐ Implant/actes de parodontologie : la radio panoramique. ☐ Actes d'endodontique : la radio rétroalvéolaire.
☐ Frais d'orthodontie (après le dépôt d'une entente préalable) :	☐ Devis conventionnel de moins de 6 mois ne dépassant pas 700€ (TO90) par semestre ou 350€ (TO45) par trimestre OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire (indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge). ☐ Certificat médical circonstancié page 7 .
☐ Autres (ex : bilans/séances d'accompagnement) : • psychomotricité • psychothérapie • ergothérapie • psychologue	☐ Devis de moins de 6 mois OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge. ☐ Prescription médicale . ☐ Certificat médical circonstancié (EMDR, psychomotricité, psychothérapie...) page 7 . ☐ Psychomotricité : attestation sur l'honneur indiquant l'impossibilité de prise en charge dans un CMPP. ☐ Notification de prestation de compensation de handicap de la MDPH pour les séances d'ergothérapie et de psychomotricité. ☐ J'autorise la CPAM à contacter directement la MDPH pour obtenir la notification.
☐ Aide aux personnes en situation de handicap (ex : aide à la communication / travaux d'accessibilité du logement) :	☐ Devis de moins de 6 mois OU facture de moins de 3 mois. ☐ Attestation de prise en charge de l'organisme complémentaire indiquant la base de remboursement Sécurité sociale/complémentaire/reste à charge. ☐ Prescription médicale pour le matériel et/ ou les fournitures. ☐ Notification de refus de PCH de la MDPH. ☐ J'autorise la CPAM à contacter directement la MDPH pour obtenir la décision de refus de PCH (prestation de compensation de handicap).



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

PROCURATION

*Ce document doit être complété obligatoirement.
Il permettra le paiement direct au tiers de l'aide accordée.*

Vous devez compléter une procuration pour chacune de vos demandes d'aides.

Je soussigné(e), _____, autorise la caisse d'Assurance Maladie de Côte-d'Or, à verser le montant de l'aide financière, sous réserve de l'accord de la Commission d'action sanitaire et sociale, aux tiers désignés ci-dessous :

- trésorerie de l'Hôpital de : _____
- professionnel de santé (dentiste, médecin...) : _____
- fournisseur (opticien, prothésiste, podologue...) : _____
- autres tiers (préciser) : _____

Fait à : _____

Le _____

Signature de l'assuré(e),



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

Destinataire : Service action sanitaire et sociale

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Attestation sur l'honneur destinée à compléter une demande d'aide financière pour la réalisation de séances d'accompagnement (ex : ergothérapie, psychomotricité...)

Identification de l'assuré(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Je soussigné(e) : _____

Atteste sur l'honneur avoir déposé une demande d'AAEH et/ou PCH à la MDPH 21.

☐ si oui, à quelle date : _____ (fournir la/les notification(s) de décision de la MDPH).

☐ si non, préciser le motif : _____

J'autorise la CPAM de la Côte-d'Or à recueillir les informations nécessaires auprès

de la MDPH pour l'instruction de ma demande d'aide : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____

Signature de l'assuré(e) : _____



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ

Je soussigné(e), Docteur : _____

Spécialité : _____

Numéro de prescripteur : _____

Certifie que ☐ Madame ☐ Monsieur : _____

Né(e) le : _____

☐ Présente une pathologie qui me contraint à prescrire :

☐ un dispositif hors 100 % santé ;

☐ des séances de : _____

entraînant un reste à charge pour le patient.

☐ Je suis informé(e) que ce document sera joint à la demande d'aide formulée par le patient auprès de l'action sanitaire et sociale de la CPAM de Côte-d'Or et mis à disposition du service médical de l'assurance maladie*.

Fait à : _____ Le : _____

Cachet et signature du médecin :

Traitement des données personnelles

L'Assurance Maladie de Côte-d'Or met en œuvre ce certificat médical circonstancié uniquement pour les assurés qui déposent une demande d'aide financière auprès de l'action sanitaire et sociale. Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein de la caisse primaire d'assurance maladie. Les données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. La durée de conservation des données collectées est de cinq ans après l'obtention de la dernière aide.

Vous disposez de droits sur vos données personnelles (droits d'accès, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de notre organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur notre site.

En cas de difficultés en lien avec la gestion de vos données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).

(*) Ces cases doivent être cochées pour que le document soit recevable.