

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

SITUATION DE FAMILLE : Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) – Célibataire – Vie maritale
 (Rayer les mentions inutiles)

ASSURE : NOM - Prénom :
 N° Matricule : Date de naissance :

CONJOINT : NOM – Prénom :

ENFANTS à charge : Nom - Prénom : Date de naissance :

L'AIDE EST DEMANDEE POUR : *Assuré - conjoint - enfant*

MOTIF DE LA DEMANDE D'AIDE :

Prothèses auditives Prothèses dentaires Frais optiques

Produits pharmaceutiques mal (ou non) remboursés à préciser :.....

Séances auprès de praticiens paramédicaux pour les enfants : psychomotricité, neuropsychologie, graphothérapie, ergothérapie...

Cette demande d'aide est-elle liée à un handicap : oui non

Si la demande d'aide est liée à un handicap, avez-vous déposé un dossier auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : oui non

Le demandeur est-il bénéficiaire de l'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*) : oui non
Dans l'affirmative, joindre photocopie du plan d'aide attribué.

MONTANT DES FRAIS : euros (Joindre justificatifs)

Avez-vous une complémentaire maladie : oui non Quel Organisme :.....

Une prise en charge peut-elle être attribuée oui non

Quel montant : Euros (*joindre justificatif montant remboursement*)

MSA Ain-Rhône

Siège social :

35-37, rue du Plat - B.P. 2612
 69232 LYON CEDEX 02

Site de l'Ain :

15 avenue du Champ de Foire tél : 04 74 45 99 90
 01059 BOURG EN BRESSE CEDEX 9 ain-rhone.msa.fr

A COMPLETER (*joindre l'avis d'imposition de l'année précédent la demande*) :

	ADHERENT	CONJOINT	AUTRE(S) PERSONNE(S)
RETRAITES M.S.A. : (1) Exploitant Salarié CARSAT. : (2) RSI : C.A.M.A.R.C.A. : (2) RETRAITES COMPLEMENTAIRES : (2) AUTRES : (2)			
DIVERS : (2) A. A. H. : A. E. E. H. : Pension invalidité. :			
SALAIRES :			
REVENUS FONCIERS			
REVENUS MOBILIERS			
REVENUS PROFESSIONNELS : - Agricoles - Industriels & commerciaux			

(1) Joindre justificatif si versement effectué par Caisse MSA autre département

(2) Joindre justificatif du dernier versement

Je soussigné, déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document.

A le

Signature,

① Formulaire complété et justificatifs à renvoyer dans le mois qui suit la facturation.

MSA Ain-Rhône

Siège social :

Site de l'Ain :

35-37, rue du Plat - B.P. 2612

15 avenue du Champ de Foire

tél : 04 74 45 99 90

69232 LYON CEDEX 02

01059 BOURG EN BRESSE CEDEX 9

ain-rhone.msa.fr