

# DEMANDE D'AIDE FINANCIERE SANTE

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

NOM : .....Prénom : .....

ADRESSE : .....  
.....

DATE DE NAISSANCE : ..... N° Sécurité Sociale : .....

SITUATION FAMILIALE :  Marié(e) ou pacsé(e)     Vie maritale     Divorcé(e)  
 Séparé(e)     Célibataire     Veuf(ve)

NOMBRE DE PERSONNES AU FOYER : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

## Identification du bénéficiaire des soins (à compléter uniquement si différent du demandeur) :

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....

## AFFILIATION EN ASSURANCE MALADIE DU BENEFICIAIRE DES SOINS :

à la MSA     Autre (à préciser)  \_\_\_\_\_

## NATURE DE LA DEMANDE :

Forfait journalier     Frais d'optique     Prothèses auditives  
 Prothèses dentaires    Montant de la Facture : .....Euros

Avez-vous une mutuelle ? OUI     NON

Si oui, Nom et Adresse : .....  
.....

Autres aides éventuelles (organisme + montant) : .....  
(transmettre les justificatifs du montant de la prise en charge)

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments déclarés ci-dessus**

Fait à ....., le .....  
(Signature)

## CADRE réservé à la MSA

NSA     SA     Autre  \_\_\_\_\_    Personne seule     Ménage

Quotient : \_\_\_\_\_ € /mois    Montant de la facture : \_\_\_\_\_ €

Prise en charge régime obligatoire : \_\_\_\_\_ €    Prise en charge mutuelle : \_\_\_\_\_ €

Autres aides éventuelles : \_\_\_\_\_ €    Reste à charge : \_\_\_\_\_ €

Taux de Participation MSA : \_\_\_\_\_ %    Montant de l'aide : \_\_\_\_\_ €

**MSA MIDI PYRENEES SUD****AIDE FINANCIERE SANTE****CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION****Quels sont les frais de santé pouvant être pris en charge ?**

- Forfait journalier
- Prothèses dentaires et auditives
- Frais d'optique

**Qui peut bénéficier de l'aide financière santé ?**

- Tout assuré agricole affilié en assurance maladie à la Mutualité Sociale Agricole MPS

**Quelles sont les conditions d'accès ?**

- Etre affilié en assurance maladie auprès de la Mutualité Sociale Agricole MPS
- Ne pas être bénéficiaire de la CMU-C lors de l'engagement des frais
- Ne pas avoir bénéficié dans l'année de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé versée par le service action sociale de la MSA Midi Pyrénées Sud
- Avoir une complémentaire santé
- Avoir une difficulté financière temporaire occasionnée par la maladie
- Ne pas dépasser le quotient familial en vigueur
- Avoir réalisé les soins pour lesquels l'aide financière est demandée depuis moins de six mois

**Faire prévaloir les droits auprès de la mutuelle avant toute demande****Quel est le montant de l'aide ?**

La part restant à charge (après déduction des remboursements du régime obligatoire et de la mutuelle) doit être d'au moins 100 € pour que la demande d'aide soit recevable.

L'aide est accordée en fonction du barème en vigueur ; elle ne peut dépasser 50 % du reste à charge dans la limite d'un plafond fixé annuellement.

**Une seule demande par an et par bénéficiaire est recevable**

**A qui l'aide est-elle versée ?**

L'aide sera versée à l'assuré(e), exception faite pour les forfaits journaliers qui seront payables prioritairement au tiers.

***PIECES A FOURNIR :***

- *la photocopie du dernier avis d'imposition*
- *l'imprimé « Aide Financière Santé » dûment complété et signé*
- *la facture des soins réalisés établie par le professionnel de santé*
- *le détail des remboursements des soins (assurance maladie et mutuelle)*
  
- *Si vous avez sollicité d'autres organismes pour ces soins, veuillez nous transmettre un justificatif du montant de leur prise en charge*

Ces documents sont à retourner à :

**MSA Midi Pyrénées Sud - Action Sociale  
78 VOIE DU TOEC - 31064 TOULOUSE CEDEX 9**