



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 DES ARMEES

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.....

CODE ASA
 (cf. liste jointe en annexe)

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 travaillant)

BENEFICIAIRE DE LA DEMANDE DE SECOURS

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date de naissance :

Assuré Conjoint Enfant Concubin PACSE Autre (préciser le lien de parenté) :

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Profession

INFORMATION

En vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier avec la mutuelle⁽¹⁾ et l'assistant(e) de service social des Armées⁽²⁾,

J'autorise le partage de mon dossier avec ma mutuelle
 l'assistant(e) de service social du ministère des Armées

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

(2) L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social des armées 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

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (accès, rectification, opposition, suppression) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par message électronique à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou par courrier postal à : CNMSS - DGR/SJR - Délégué à la protection des données personnelles - 247 av J Cartier 83090 Toulon Cedex 9, en précisant l'objet de votre demande, ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇒ 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 (1).

Date et signature du demandeur

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

1 Pour tout acte médical :

Joindre un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes **sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil (adresse ci-dessous) ou par fax au 04 94 16 37 53 ou par courriel à dsm-ass@cnmss.fr**

Pour les demandes de secours dentaires, ne pas envoyer les pièces médicales (radiographies, diagnostic...), elles vous seront demandées directement par le dentiste conseil de la CNMSS en fonction du dossier.

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. Les devis relatifs à des actes à séances multiples seront établis sur la base de 15 séances.

5 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.

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

7 Si hospitalisation : le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie.

8 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.

9 Autre :

(1) La CNMSS se réserve le droit de contrôler les prestations servies. A ce titre une enquête peut être réalisée. L'assuré(e) doit y répondre obligatoirement sous peine d'interruption dans le paiement de la prestation.

L'enveloppe contenant le dossier doit être affranchie et adressée à :
Caisse nationale militaire de sécurité sociale
DGR/SAS/Bureau Action Sanitaire et Sociale
247, avenue Jacques Cartier 83090 TOULON CEDEX 9