

# DOSSIER D'ENTRAIDE SANTÉ CSM LOI EVIN

TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNÉ

## RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

N° D'ADHÉRENT : \_\_\_\_\_ N° D'ORDRE : \_\_\_\_\_  
 GARANTIE(S) : \_\_\_\_\_ DATE D'ADHÉSION : \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES AFFILIÉS : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL – OUVRANT DROIT

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr

Mon Adhésion :  CSM Loi Evin  
 Option  Non  Sodeli  Cort

## COMPOSITION DE LA FAMILLE À CHARGE

NOM - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE D'AIDE

**Toute personne concernée par la demande devra être affiliée au contrat**

Adhérent(e)  Conjoint(e)  Enfant  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ ans  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Situation (Salarié, Scolarisé, Retraité...): \_\_\_\_\_

**Situation du bénéficiaire (si concerné) :**

Accident du travail :  Oui  Non Depuis le : \_\_\_\_\_  
 Handicap :  Oui  Non Taux :  < 50%  Entre 50 et 79%  + 80%  
 Invalidité :  Oui  Non Catégorie :  1<sup>ère</sup>  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  
 Titulaire d'une Carte Mobilité Inclusion :  Stationnement  Priorité  Invalidité  
 Perte d'autonomie\* :  GIR 1  GIR 2  GIR 3  GIR 4  GIR 5  GIR 6  
 Bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :  Oui  Non

Pour garantir la confidentialité de vos données, votre dossier sera transmis à la Commission Santé sous un N° d'ordre anonyme.

\* Définition de la grille AGGIR sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

## RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Adhérent(e)	Conjoint(e)	Autre : _____
Salaire/Pension	_____	_____	_____
Indemnités chômage	_____	_____	_____
Rente accident du travail	_____	_____	_____
Pension d'invalidité	_____	_____	_____
Pension de réversion	_____	_____	_____
Autres : _____	_____	_____	_____

### PRESTATIONS

Allocation familiale	_____	_____	_____
Allocation logement	_____	_____	_____
Allocation pour l'Éducation de l'Enfant Handicapé	_____	_____	_____
Complément Allocation pour l'Éducation de l'Enfant Handicapé	_____	_____	_____
Allocation Adulte Handicapé	_____	_____	_____
Prestation de Compensation du Handicap	_____	_____	_____
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	_____	_____	_____
Allocation Personnalisée d'Autonomie	_____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____	_____

### AUTRES

Pension alimentaire	_____	_____	_____
Revenus mobiliers	_____	_____	_____
Revenus immobiliers	_____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____	_____
<b>TOTAL :</b>	_____	_____	_____

**Pourriez-vous nous préciser par quel biais avez-vous connu la Commission d'Entraide Santé ?**

- Assistant de Service Social     
  CMCAS     
  Autre organisme (Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Conseil Général...)
- Site internet Mutieg A Asso     
  Proche     
  Autre : \_\_\_\_\_

**OBJET DE LA DEMANDE :** \_\_\_\_\_

Toute demande en lien avec la santé peut être étudiée dès lors que le reste à charge est égal ou supérieur à 200€.

**DOMAINE**

- |                                      |                                       |   |                                   |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aménagement | <input type="checkbox"/> Appareillage | <input type="checkbox"/> Optique        | <input type="checkbox"/> Dentaire |
| <input type="checkbox"/> Equipement  | <input type="checkbox"/> Paramédical  | <input type="checkbox"/> Soins médicaux |                                   |

**Exposé des motifs de la demande :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ORGANISMES SOLLICITÉS**

ORGANISME	NATURE DE L'AIDE	MONTANT DE L'AIDE
Maison Départementale des Personnes Handicapées	_____	_____ €
Caisse Mutuelle Complémentaire et d'Action Sociale	_____	_____ €
Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat	_____	_____ €
CAMIEG	_____	_____ €
Sécurité Sociale	_____	_____ €
Département	_____	_____ €
Association	_____	_____ €
Bureau d'aide sociale	_____	_____ €
Mairie	_____	_____ €
Employeur	_____	_____ €
Autre : _____	_____	_____ €

**MONTANT DES PRESTATIONS**

Frais réels : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Remboursement Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Remboursement CAMIEG ou Mutuelle : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Remboursement Mutieg A Asso : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Remboursement Option (Sodeli/Cort) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

**RESTE A CHARGE :** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Les aides liées à la santé sont allouées exceptionnellement et ponctuellement après délibération de la Commission d'Entraide Santé.

**PIÈCES À FOURNIR**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formulaire ci-joint rempli et signé  | <input type="checkbox"/> Autre : .....  |
| <input type="checkbox"/> Avis du médecin  | <b>Si concerné(e) :</b>   |
| <input type="checkbox"/> Relevé d'Identité Bancaire   | <input type="checkbox"/> Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie             |
| <input type="checkbox"/> La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (Recto-verso dans son intégralité)   | <input type="checkbox"/> Notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| <input type="checkbox"/> Devis ou Factures originales des frais concernés   | <input type="checkbox"/> Notification d'invalidité  |
| <input type="checkbox"/> Les photocopies des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, pension, indemnité chômage ainsi que celle du dernier mois de l'année) | <input type="checkbox"/> Notification de la Caisse d'Allocation Familiale                   |
|   | <input type="checkbox"/> Notification de l'Affectation de Longue Durée                      |
|   | <input type="checkbox"/> Justificatifs de revenus Mobiliers et/ou Immobiliers               |

J'autorise Mutieg A Asso à communiquer mon dossier à la CMCAS de ..... dont je relève :

Oui  Non

J'autorise ma CMCAS d'appartenance à communiquer mon dossier à Mutieg A Asso :

Oui  Non

Les informations personnelles recueillies sont à destination de la mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement. Ces informations font l'objet d'un traitement nécessaire à la gestion de votre demande. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Conformément à la loi, vous disposez, ainsi que vos ayants droits :

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande, par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité, auprès d'Energie Mutuelle – Délégué à la Protection des Données - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS, ou par courriel à l'adresse suivante : [correspondant.dpo@energiemutuelle.fr](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr)

Nous nous tenons à votre disposition et vous remercions de nous retourner votre dossier complet à l'adresse ci-dessous :

**Mutieg A Asso  
Pôle Social  
4 rue Fulton  
49000 ANGERS**

Ou directement par mail à l'adresse suivante :

[aide-sociale-a@energiemutuelle.com](mailto:aide-sociale-a@energiemutuelle.com)

En signant ce dossier, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à transmettre au Pôle Solidarité de Mutieg A Asso tout autre document qui sera jugé utile à l'étude de ma demande.

Je déclare avoir répondu aux demandes d'informations avec exactitude et sincérité dans le présent document, et reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application de sanctions prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-5 du Code de la Mutualité.

Mutieg A Asso 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.

Enfin, si une aide m'est allouée par la Commission et en cas d'éléments nouveaux, je reconnais que le montant qui me sera versé est susceptible d'être ajusté en conséquence. Celui-ci ne pourra en aucun cas être supérieur au reste-à-charge supporté après l'intervention de tous les financeurs.

DATE :

**SIGNATURE**