



Type de secours : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

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 :  SOLIDARM  CNG

N° CAF : \_\_\_\_\_

### LIEN AVEC LE MINISTÈRE DES ARMÉES

<input type="checkbox"/> <b>ACTIVITÉ</b> Affectation..... Armée d'appartenance .....	<input type="checkbox"/> <b>VEUF(VE)</b> depuis le ..... <input type="checkbox"/> <b>EX-CONJOINT</b> depuis le ..... <b>Renseignements concernant le conjoint décédé, l'ex-conjoint ou le parent décédé :</b>  <b>ACTIVITÉ</b> Affectation ..... Grade .....  <b>RETRAITE</b> Affectation ..... Dernière affectation .....
<input type="checkbox"/> <b>CODE ASA</b> <input type="text"/> (cf. liste jointe en annexe)	
<input type="checkbox"/> <b>RETRAITE</b> Depuis le ..... Armée d'appartenance..... Dernière affectation .....	
<input type="checkbox"/> <b>AUTRES</b> (par exemple orphelin majeur, retraité retravaillant).....	

### BÉNÉFICIAIRE 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

<i>NOM - Prénoms</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Lien de parenté</i>	<i>Profession</i>

**RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER**

A. AVANTAGE PRINCIPAL	<i>Assuré</i>	<i>Conjoint</i>	<i>Autres</i>
Pension militaire de retraite.....			
Pension militaire de réversion.....			
Sécurité sociale (CARSAT...)			
Solde ou salaire.....			
Allocations familiales.....			
Pension alimentaire.....			
<b>B. AUTRES RETRAITES</b>			
Pension militaire d'invalidité.....			
Pension de veuve de guerre.....			
Retraite complémentaire (cadre ou non).....			
<b>C. AUTRES RESSOURCES</b>			
Rentes viagères.....			
Revenus mobiliers et immobiliers.....			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance).....			
Autres ressources éventuelles.....			
<b>TOTAL</b>	€	€	€

Objet de la demande : S'agit-il d'un accident  OUI  NON si, OUI, date \_\_\_\_\_  
 Causé par un tiers  OUI  NON

Raisons pour lesquelles le secours est sollicité : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**AIDES MÉDICO-SOCIALES PERÇUES LES 3 DERNIÈRES ANNÉES (secours et prêts)**

DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT	DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT

## INFORMATION

Si vous souhaitez obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier à la mutuelle<sup>(1)</sup> et à l'assistant(e) de service social des Armées<sup>(2)</sup> doit être précisée :

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

<sup>(1)</sup> Les mutuelles (UNEO, SOLIDARM, CNG, MSPP, Harmonie Fonction Publique, FORTEGO) adhèrent au réseau social des armées qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

<sup>(2)</sup> 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 formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS 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<sup>(1)</sup>.

Date et signature du demandeur

<sup>(1)</sup> 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.

## À JOINDRE OBLIGATOIREMENT (\*)

### 1- Pour tout acte médical :

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 PAGE 4) ou par fax au **04 94 16 37 65** ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant sur [www.cnmss.fr/Je suis assuré/accéder au portail /Je contacte la CNMSS /Par courriel /contrôle médical/En savoir plus// et choisir dans menu déroulant Autres demandes/ valider/ Nous contacter](http://www.cnmss.fr/Je_suis_assuré/accéder_au_portail/Je_contacte_la_CNMSS/Par_courriel/contrôle_médical/En_savoir_plus//_et_choisir_dans_menu_déroulant_Autres_demandes/valider/Nous_contacter)

**Pour les demandes de secours dentaires**, adressez sous pli confidentiel, à l'attention du dentiste conseil, les pièces suivantes, en précisant les nom et prénom du bénéficiaire sur les différents documents :

**Pour l'orthodontie** : les photographies en bouche ou photographies des moulages ainsi que le diagnostic.

**Pour tous les types de soins et les prothèses** : une radiographie panoramique ou les radiographies retro-alvéolaires correspondants aux soins faisant l'objet de la demande.

Dans le cadre d'un envoi dématérialisé veuillez adresser les pièces médicales dentaires en vous connectant sur [www.cnmss.fr/Je suis assuré/accéder au portail /Je contacte la cnmss /Par courriel /contrôle dentaire/En savoir plus/ et choisir dans menu déroulant pièces médicales pour secours dentaires/valider /Nous contacter](http://www.cnmss.fr/Je_suis_assuré/accéder_au_portail/Je_contacte_la_cnmss/Par_courriel/contrôle_dentaire/En_savoir_plus/_et_choisir_dans_menu_déroulant/pièces_médicales_pour_secours_dentaires/valider/Nous_contacter)

2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso) dans son intégralité. La copie de la déclaration d'impôt n'est pas recevable.

3- Les photocopies justificatives des ressources des personnes vivant au foyer : bulletin de salaire ou de solde de décembre, 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- Le devis de simulation ou le volet de remboursement 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 : .....

<sup>(\*)</sup> Les documents ne doivent pas être agrafés, les copies sont au format A4 ou A5 en recto uniquement



Veillez reporter dans la rubrique « Lien avec le MINISTÈRE DES ARMÉES » le code du centre territorial d'action sociale (CTAS) ou du centre d'action sociale outre-mer (CASOM), correspondant à votre affectation actuelle.

CODES	(Zones géographiques de compétence – Départements)
7100	CTAS de SAINT GERMAIN en LAYE (59-60-62-75-77-78-80-91-92-93-94-95 et BELGIQUE)
7200	CTAS de de METZ (02-08-10-21-25-39-51-52-54-55-57-58-67-68-70-71-88-89-90)
7300	CTAS de LYON (01-03-04-05-07-13-15-26-30-34-38-42-43-48-63-69-73-74-84)
7400	CTAS de TOULON (06-20-83)
7500	CTAS de BORDEAUX (09-11-12-16-17-19-23-24-31-32-33-40-46-47-64-65-66-79-81-82-85-86-87)
7600	CTAS de BREST (14-29-50-56)
7700	CTAS de RENNES (18-22-27-28-35-36-37-41-44-45-49-53-61-72-76)
<b>OUTRE-MER ET ÉTRANGER</b>	
8100	CASOM – ANTILLES (971-972)
8200	CASOM – GUYANE (973)
8300	CASOM - POLYNÉSIE FRANÇAISE (987)
8400	CASOM - LA RÉUNION (974-976)
8700	CASOM - NOUVELLE CALÉDONIE (988)
9000	PASD (Militaires affectés à l'étranger hors : Belgique, Gabon, Djibouti, Sénégal, Emirats Arabes Unis)

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