

Service action

sanitaire et sociale ASS-001

Imprimés accessibles sur notre site

www.cavimac.fr

Pour tout renseignement, contacter le

pôle action sanitaire et sociale :

action-sociale@cavimac.fr

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
EN ASSURANCE MALADIE**



Identification du demandeur

Nom et prénoms de l'assuré social : _____

Nom marital éventuellement : _____

N° National d'identification : N° de collectivité :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Nom et prénoms du demandeur (si différent de l'assuré social) : _____

La demande concerne : l'assuré le conjoint le(s) enfant(s)

Objet, montant de la dépense et/ou de l'aide financière sollicitée

Votre demande concerne l'assurance maladie. A ce titre, veuillez préciser les éléments suivants :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> d'achat ou de réparation de prothèse auditives | <input type="checkbox"/> d'orthèses ou de semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> d'optique - (verres) | <input type="checkbox"/> de soins de pédicurie |
| <input type="checkbox"/> de soins dentaires | <input type="checkbox"/> de changes |
| | <input type="checkbox"/> autres cas _____ |

Veuillez préciser les éléments suivants :

- Montant des frais réels : _____ Montant des remboursements de la Cavimac : _____
- Disposez-vous d'une mutuelle complémentaire ? oui non C2S
Si oui, précisez le montant des remboursements : _____
- En cas d'absence de remboursements par l'organisme complémentaire, veuillez en préciser le motif :
(ex : option non souscrite) _____
- Montant des autres aides éventuellement accordées : _____

Joindre obligatoirement à la demande les pièces justificatives suivantes :

- le dernier avis d'imposition ;
- la copie des factures relatives aux achats ou aux soins ;
- les décomptes des remboursements de la Cavimac et de la mutuelle complémentaire ;
- le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide.

Si les pièces ne sont pas fournies, nous ne pouvons pas procéder à la conclusion de votre dossier.

Je soussigné(e) : _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à : _____, le

Signature