



## Articles L. 713-20, R 713-7 et R 713-8 du code de la sécurité sociale

**Bureau Action Sanitaire et Sociale**

Noms de A à E :  
☎ 04 94 16 36 28

Noms de F à L :  
☎ 04 94 16 95 89

Noms de M à Z :  
☎ 04 94 16 36 29



n°13343\*03

NIR (numéro de sécurité sociale) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Assuré

NOM (en majuscules) \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

MUTUELLE (si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale) \_\_\_\_\_ N° ADHERENT \_\_\_\_\_

MNM ☐CNG ☐MAA ☐**BENEFICIAIRE**

NOM (en majuscules) \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance

☐ Assuré☐ Conjoint☐ Autre

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER				
NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Situation de famille	Profession

<input type="checkbox"/> <b>ACTIVITE</b> Affectation ..... Statut <sup>(1)</sup> ..... Armée d'appartenance ..... Grade ..... Date d'entrée en service ..... Date prévue de fin d'activité ou de contrat .....  <input type="checkbox"/> <b>CODE ASD</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></div> (cf liste jointe en annexe)  <input type="checkbox"/> <b>RETRAITE</b> Depuis le ..... Statut en activité <sup>(1)</sup> ..... Armée d'appartenance ..... Dernière affectation ..... Nombre d'années de service .....	<input type="checkbox"/> <b>VEUF(VE)</b> depuis le .....  <input type="checkbox"/> <b>EX-CONJOINT</b> depuis le ..... <i>Renseignements concernant le conjoint décédé, l'ex-conjoint ou le parent décédé :</i>  <input type="checkbox"/> <b>ACTIVITE</b> Affectation ..... Statut <sup>(1)</sup> ..... Grade .....  <input type="checkbox"/> <b>RETRAITE</b> Depuis le ..... Statut en activité <sup>(1)</sup> ..... Dernière affectation ..... Nombre d'années de service .....
--	--

☐ **AUTRES** (par exemple orphelin majeur, retraité retravaillant) .....

<sup>(1)</sup> Préciser : Officier - Sous-officier - MDR - Carrière - Contrat - Réserve - Volontaire - Cat. A, B, C - Ouvrier - Agent sous contrat

## RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Assuré	Conjoint	Autres
<b>A. AVANTAGE PRINCIPAL</b>			
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.....			
Redevance "tabac".....			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance).....			
Autres ressources éventuelles.....			
<b>CHARGES</b> .....			
<b>TOTAL</b> .....	€	€	€

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

Raisons pour lesquelles le secours est sollicité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Montant global sollicité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AIDES MEDICO-SOCIALES PERÇUES LES 5 DERNIERES ANNEES (secours et prêts)					
DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT	DATE	PROVENANCE ET OBJET	MONTANT

## JUSTIFICATIFS (ne tenir compte que des rubriques cochées d'une croix) ☒

- ☐ Un rapport médical ou un certificat médical détaillé, sous pli confidentiel, destiné au médecin conseil, précisant :
  - le diagnostic de l'affection motivant la demande,
  - et, s'il s'agit de chirurgie réfractive, l'acuité visuelle avant l'intervention
- ☐ La photocopie du ☐ dernier bulletin de solde ☐ dernier avis d'imposition ou de non imposition (recto-verso) ou salaire
- ☐ Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles (dernier bulletin de pension militaire et autres pensions même non imposables)
- ☐ Le dernier talon de versement des prestations familiales (CAF)
- ☐ Les pièces justificatives des ressources des membres de votre famille vivant sous votre toit (salaire, indemnités journalières, allocation chômage, pensions...)
- ☐ La décision d'attribution de la prestation de compensation (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de la demande
- ☐ Les factures originales acquittées correspondant aux dépenses engagées ou exceptionnellement le devis pour la période considérée
- ☐ 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
- ☐ L'attestation du pharmacien ou fournisseur précisant le nom du produit et le prix unitaire à votre charge, la quantité mensuelle nécessaire, la date de début du traitement et sa durée
- ☐ Le bulletin de séjour ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie
- ☐ Le relevé de paiement correspondant au remboursement en prestations légales
- ☐ La radio panoramique dentaire (pour les implants)
- ☐ La copie des documents de liquidation des pensions
- ☐ La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
- ☐ Autre :

## ATTESTATION \* Cocher la case correspondante

*Toute fausse déclaration tombe sous le coup de l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale sans préjudice des peines résultant de l'application du code pénal ou d'autres lois*

- ☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies **Date et signature du demandeur**
  - ☐ J'autorise la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle
    - ☐ à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense<sup>(1)</sup>
    - ☐ à ma mutuelle militaire<sup>(2)</sup>
  - ☐ Je n'autorise pas la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle
    - ☐ à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense<sup>(1)</sup>
    - ☐ à ma mutuelle militaire<sup>(2)</sup>
- Date et signature du demandeur**

<sup>(1)</sup> L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social de la Défense 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

<sup>(2)</sup> Les cinq mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP) adhèrent au réseau social de la Défense qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

 L'enveloppe contenant le dossier doit être adressée à :

### IMPORTANT :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

Affranchir

Caisse nationale militaire  
de sécurité sociale  
Bureau Action Sanitaire et Sociale  
83090 TOULON CEDEX 9



Caisse Nationale  
**MILITAIRE**  
de Sécurité Sociale

ANNEXE à la  
DEMANDE de SECOURS MEDICO-SOCIAL

Ne concerne que les ressortissants  
Défense en activité



n°13343\*03

Veuillez reporter dans la rubrique "LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE" :

Le code du pôle ministériel d'action sociale (**PMAS**), de la direction locale d'action sociale (**DLAS**), de l'échelon social inter-armées (**ESIA**) correspondant à votre affectation actuelle

### LISTE DES CODES

<b>7100</b>	PMAS de SAINT GERMAIN en LAYE
<b>7200</b>	PMAS de METZ
<b>7300</b>	PMAS de LYON
<b>7400</b>	PMAS de TOULON
<b>7500</b>	PMAS de BORDEAUX
<b>7600</b>	PMAS de BREST
<b>7700</b>	PMAS de RENNES

<b>6100</b>	DLAS Gendarmerie Ile de France
<b>6200</b>	DLAS Gendarmerie Nord
<b>6300</b>	DLAS Gendarmerie Ouest
<b>6400</b>	DLAS Gendarmerie Sud-Ouest
<b>6500</b>	DLAS Gendarmerie Sud-Est
<b>6600</b>	DLAS Gendarmerie Est
<b>6700</b>	DLAS Gendarmerie Sud

<b>8100</b>	ESIA des ANTILLES
<b>8200</b>	ESIA de GUYANE
<b>8400</b>	ESIA de LA RÉUNION

PMAS	ZONES GÉOGRAPHIQUES de COMPÉTENCE - DÉPARTEMENTS
<b>7100</b>	02-59-60-62-75-77-78-80-91-92-93-94-95
<b>7200</b>	08-10-21-25-39-51-52-54-55-57-58-67-68-70-71-88-89-90
<b>7300</b>	01-03-05-07-13-15-26-30-34-38-42-43-48-63-69-73-74-84
<b>7400</b>	04-06-20-83
<b>7500</b>	09-11-12-16-17-19-23-24-31-32-33-40-46-47-64-65-66-79-81-82-85-86-87
<b>7600</b>	22-29-50-56
<b>7700</b>	14-18-27-28-35-36-37-41-44-45-49-53-61-72-76