

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

Raisons pour lesquelles l'aide est sollicitée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATION

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

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

⁽¹⁾ 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

⁽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 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⁽¹⁾.

Date et signature du demandeur

⁽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.

JUSTIFICATIFS (*) :

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 par le lien <https://www.cnmss.fr/vos-demarches/contactez-la-cnmss/je-contacte-la-cnmss> puis « sélectionner le profil Assuré puis choisir dans le menu déroulant « Contrôle médical » puis dans le sous-objet « Autres demandes » ».

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 par le lien <https://www.cnmss.fr/vos-demarches/contactez-la-cnmss/je-contacte-la-cnmss> puis « sélectionner le profil Assuré puis choisir dans le menu déroulant « Contrôle dentaire » puis dans le sous-objet « Pièces médicales pour secours dentaires » »

- 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 : dernier bulletin de salaire ou de 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- 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 de l'aide allouée.
- 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 :

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

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

Pour simplifier vos démarches, vous avez également la possibilité de faire votre demande via un téléservice sécurisé accessible sur www.cnmss.fr