

Cadre réservé à la comptabilité du Siège

Pièce n° :

## Demande d'aide financière/COMMISSION ACTION SOCIALE Adhérents Mutuelle Saint-Martin au contrat culte

### La Section

Section MSM n°

Institut ou Diocèse n°

Nom du Diocèse ou de l'Institut

Adresse du Diocèse ou de l'Institut

Téléphone

Email

### Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom

Prénom

Date de naissance

NNI

Adresse

Téléphone

Email

Caisse de Régime Obligatoire

Bénéficiaire FSI  Forfait Soins Infirmiers APA  Allocation Personnalisée à l'Autonomie  Autre aide sociale

Type de contrat culte MSM

Collectif  Individuel  Régime particulier  CSC

Garanties MSM souscrites

### Bénéficiaire CSS - sans CSC

J'envoie la NOTIFICATION DE DROITS CSS avec les justificatifs et je certifie sur l'honneur que :

- le bénéficiaire n'a adhéré à aucun contrat auprès d'un organisme complémentaire (hors CSS),
- la congrégation est rattachée à la CORREF ou au SDM
- le bénéficiaire était adhérent de la MSM jusqu'en  préciser l'année en  contrat collectif  ACS  CSS

← **Bénéficiaire d'un contrat CSS : complétez également le cadre ci-contre.**

### Objet de la demande

#### 1 formulaire par objet

Vous souhaitez faire appel à l'Action Sociale pour :

- Optique
- Prothèse dentaire
- Prothèse auditive 1<sup>ER</sup> ACHAT  
Prothèse auditive *RENOUVELLEMENT*
- Pharmacie
- Fourniture d'hygiène
- Appareillage spécial
- Transport médical
- Autre

### Frais et participations

Date de la facture

#### Frais réels\*

joindre la photocopie de la facture des frais réels

€

#### Remboursement du Régime Obligatoire\*

joindre la photocopie du décompte émis par le régime de base

€

#### Remboursement Mutuelle Saint-Martin\*

joindre la photocopie du décompte émis par la MSM

€

#### Participation du FASS\*

joindre la lettre d'acceptation ou de refus du FASS

€

#### Participations autres caisses\*

joindre la photocopie du justificatif précisant le montant

€

#### Participation du Diocèse ou de l'Institut\*

joindre la lettre du Diocèse ou de l'Institut précisant le montant

€

#### Participation de la Section \*

joindre une copie de la lettre précisant le montant de la participation

€

Reste à charge

€

#### \* Justificatifs

- + Avis d'imposition ou de non imposition
- + RIB IBAN/BIC
- + Notification droits CSS le cas échéant

→ sont à adresser au Service Médical et de l'Action Sociale. Dans les cas complexes, une lettre d'explication est souhaitable.

## Avis de la Section

Signature du Président de Section  
ou de son Délégué  
+ Cachet

## Décision de la Commission Action Sociale du Siège

Date

Accord

Montant

Instance

Motif

Refus

Motif

msmas/td/as\_culte/form2\_2024

Cadre réservé à la comptabilité du Siège

--	--

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

**Mutuelle Saint-Martin Action Sociale**

Régie par le code de la Mutualité - SIREN n°537 676 280

3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06

Tél. 01 42 22 89 24

[www.mutuellesaintmartin.fr](http://www.mutuellesaintmartin.fr)

Document non contractuel

