ACTION SOCIALE / FORMULAIRE N° 2

Cadre réservé à la comptabilité du Siège

Pièce n°

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

☐ J'atteste sur l'honneur avoir informé l'adhérent concerné par cette demande que ses données de santé - remplies dans ce formulaire - seront traitées sur la base d'intérêt légitime (art. 6.1.f et 9.2.g du RGPD) pour l'évaluation d'une demande d'entraide et que ces données seront consultées par moi-même, en tant que secrétaire de section, par les membres des Commissions de la MSM-AS et par toutes autres personnes strictement nécessaires au processus d'évaluation et d'aide. J'atteste que cet adhérent a été informé de ses droits RGPD (accès, rectification, opposition, etc.) et des coordonnées du Délégué à la Protection des Données (DPO).

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

Caisse de Régime Obligatoire

Type de contrat culte MSM ☐ Collectif ☐ Individuel ☐ Régime particulier ☐ CSC

Garanties MSM souscrites

Autres aides ☐ APA *Allocation Personnalisée à l'Autonomie*

☐ Autre aide sociale

Objet de la demande

1 formulaire par objet

Vous faites appel à l'Entraide Sections pour :

- ☐ Optique
- ☐ Prothèse dentaire
- ☐ Prothèse auditive ↗ ☐ 1er achat ↘ ☐ renouvellement
- ☐ Pharmacie
- ☐ Fourniture d'hygiène
- ☐ Appareillage spécial
- ☐ Transport médical
- ☐ Chambre particulière
- ☐ Soins non remboursables
- ☐ Dépassement d'honoraires
- ☐ Autres *(à préciser) :*

Frais et participations (en €)

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 0,00 €

*** Justificatifs + Avis d'imposition + RIB IBAN/BIC sont à adresser au Service Médical et de l'Action Sociale : medical@unionsaintmartin.fr OU 3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris cedex 06**

Document non contractuel

→

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

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.

msmas/id/as_culte_form2_cas_p6_20261005

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

Document non contractuel

mSm AS Action Sociale