# ACTION SOCIALE / Formulaire N° 4

(Cadre réservé à la comptabilité du Siège)

**Pièce n° :**

## Demande d'aide financière/ACTION SOCIALE
## Adhérents et bénéficiaires contrats Ma Santé MSM

☐ J'autorise le traitement de mes données de santé sur la base d'intérêt légitime (art. 6.1.f et 9.2.g RGPD) pour l'évaluation de ma demande d'entraide et leur consultation par les membres des commissions de la MSM-AS et par toutes autres personnes strictement nécessaires au processus d'évaluation et d'aide. J'ai été informé(e) de mes droits RGPD (accès, rectification, opposition, etc.) et des coordonnées du responsable du traitement.

## Renseignements concernant l'adhérent MSM

Nom

Prénom

Date de naissance

NNI

Adresse

Téléphone

Email

Caisse de Régime Obligatoire

Type de contrat ☐ Particulier et Famille ☐ Collectif

Garanties MSM souscrites

## Le Bénéficiaire

La demande concerne :

☐ l'assuré
☐ le conjoint
☐ les enfants

Si différent du demandeur :

Nom

Prénom

Date de naissance

## 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

Date de la facture

| | |
|---|---|
| Frais réels<br>joindre la photocopie de la facture des frais réels | € |
| Remboursement du Régime Obligatoire<br>joindre la photocopie du décompte émis par le régime de base | € |
| Remboursement Mutuelle Saint-Martin<br>joindre la photocopie du décompte émis par la MSM | € |
| Participation du FASS du Régime Obligatoire<br>joindre la photocopie d'acceptation ou de refus du FASS | € |
| Participations autres caisses<br>joindre la photocopie du justificatif précisant le montant | € |
| Reste à charge | 0,00€ |

## Pièces à joindre et à adresser

- Formulaire et pièces justificatives
- Avis d'imposition ou de non imposition
- RIB (comportant un code IBAN et BIC)
- Dans les cas complexes, une lettre d'explication est souhaitable.

**Mutuelle Saint-Martin**
**Action Sociale**
Service Médical
et de l'Action Sociale
3 rue Duguay-Trouin
75280 PARIS CEDEX 06

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**Document non contractuel**

→

## Décision de la Commission

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_mabc_formulaire4_p2_20261006

**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