



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS EXCEPTIONNELLES

AVANT DE NOUS RETOURNER CE FORMULAIRE, VOUS DEVEZ EFFECTUER LA MÊME DÉMARCHE AUPRÈS DE VOTRE CAISSE DE RÉGIME OBLIGATOIRE.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° adhérent : _____ Garantie : _____ Profession : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale Veuf(ve) Divorcé(e)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE (s'il est différent de l'assuré)

Nom : _____ Prénom : _____

Est-il : Conjoint Enfant Ayant droit Autre

OBJET DE LA DEMANDE

Avez-vous sollicité la participation d'autres organismes que MLC Mutuelle ?

Si oui lesquels : _____ Montant accordé : Oui Non

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Réponse(s) des autres organismes sollicités,
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- Justificatif de vos ressources,
- Factures de vos charges mensuelles (électricité, eau,),
- Facture acquittée ou Devis correspondant à votre demande.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements confidentiels ci-joints.

Certifié exact le/...../.....

Signature de l'assuré(e) :

MOYENNE MENSUELLE DES TROIS DERNIERS MOIS

RESSOURCES MENSUELLES			
	Demandeur	Conjoint	Autres Personnes au foyer
Salaire netimposable			
Chômage / ASSEDIC			
Retraite principale			
Retraite complémentaire			
Allocations familiales			
Autres allocations (AAH, PCH, APA)			
Autres ressources			
TOTAL RESSOURCES			
TOTAL RESSOURCES FAMILLE			

CHARGES MENSUELLES	
	Montant
Loyer brut	
Accession propriété	
Chauffage	
Electricité / Gaz	
Eau	
Taxe foncière	
Taxe habitation	
Assurance habitation	
Assurance voiture	
Mutuelle	
Téléphone	
Divers (à préciser)	
TOTAL CHARGES	

RESTE À VIVRE => _____
(Différence entre ressources et charges)

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Commission du :	Dossier N° :		
Objet de la demande : <input type="checkbox"/> 1ère demande <input type="checkbox"/> Autres demandes			
Composition de la famille :		Conjoint	Enfants
Âge du demandeur :	Âge		
Sexe du demandeur :	Sexe		
Date d'adhésion à la Mutuelle :			
Frais engagés :			
Remboursement Régime Obligatoire :			
Remboursement Mutuelle :			
Remboursement(s) autre(s) organisme(s) : (ANAH, Régime Obligatoire, ...)			
Total Indemnisation :			
Solde à charge :			
DÉCISION DE LA COMMISSION :			
MONTANT ACCORDÉ :			