

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS EXCEPTIONNELLES

AVANT DE NOUS RETOURNER CE FORMULAIRE, VOUS DEVEZ EFFECTUER LA MÊME DÉMARCHE AUPRÈS DE VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ N° Adhérent : _____

Garantie : _____

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Vivant maritalement

Veuf(ve)

Divorcé(e)

Profession :

BÉNÉFICIAIRE (s'il est différent de l'assuré)

Nom: _____ Prénom: _____

Est-il ? Conjoint Ayant droit Enfant Autre

OBJET DE LA DEMANDE

Avez-vous sollicité la participation d'autres organismes que la choletaise ? OUI NON

Si oui, lesquels ? :

Montant accordé :

PIÈCES A 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 (EDF, eau...)
- Facture acquittée ou Devis correspondant à votre demande

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements confidentiels ci-joint.
Certifié exact, le _____ Signature de l'assuré(e) :

MOYENNE MENSUELLE DES TROIS DERNIERS MOIS

RESSOURCES MENSUELLES			
	Demandeur	Conjoint	Autres personnes au foyer
Salaire net imposable			
Chômage/Assedic			
Retraite complémentaire			
Retraite Principale			
Allocation Familiale			
Allocations diverses : AAH, PCH, APA...			
Autre ressources			
TOTAL RESSOURCES			
TOTAL RESSOURCES FAMILLE			

CHARGES MENSUELLES	
	Montant
Loyer brut	
Accession propriété	
Chauffage	
EDF GDF	
Eau	
Taxe foncière	
Mutuelle	
Taxe d'habitation	
Assurance habitation + voiture	
Téléphone	
Impôt sur le revenu	
Divers (à préciser)	
TOTAL CHARGES	

RESTE A VIVRE (différence entre ressources et charges) →

CADRE RÉSERVÉ A LA MUTUELLE LA CHOLETAISE

Commission du :		Dossier N° :	
Objet de la demande :			
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> autres demandes			
Composition de la famille :	AdultesEnfants
Âge du demandeur :	Âges :		
Sexe du demandeur :	Sexe :		
Ancienneté mutuelle :			
Frais engagés :			
Remboursement CPAM :			
Remboursement Mutuelle :			
Remboursement d'autres organismes : (Anah, caisse d'assurance maladie...)			
Total indemnisation			
Solde à charge			
DÉCISION DE LA COMMISSION			
MONTANT ACCORDÉ :			