

Liste des principales prestations sociales versées par la CPAM de Haute-Savoie

Formulaire de Demande de prestations supplémentaires ou de secours exceptionnels téléchargeable depuis Ameli.fr

<https://www.ameli.fr/haute-savoie/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/aides-financieres-individuelles>

NATURE DES PRESTATIONS	CONDITIONS SPECIFIQUES D'ATTRIBUTION	PIÈCES A FOURNIR
Difficultés financières liées à un arrêt de travail	Cette aide peut être versée aux salariés et aux travailleurs indépendants en arrêt de travail.	Justificatifs de ressources avant l'arrêt
Difficultés financières liées à l'invalidité	Cette aide peut être versée aux invalides.	
Prothèses dentaires	Ces aides peuvent être versées en complément des remboursements CPAM et Mutuelle.	Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale et celui de la Mutuelle Si devis supérieur à 2500€ : 2 ^e devis obligatoire
Parodontie		Un devis du dentiste Un devis de prise en charge ou de non prise en charge de la mutuelle
Orthodontie enfants Contention Orthodontie adultes (uniquement pour les bénéficiaires de la CSS)		Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale
Optique		Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale et celui de la Mutuelle + prescription médicale
Auditif		Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale et celui de la Mutuelle La notification de prise en charge ou refus de la MDPH ou l'AGEFIPH
Ergothérapie Psychomotricité		La CPAM peut verser une participation aux frais pour les séances en cas de refus de prise en charge par la MDPH
Bilan neuropsychologique, Séances psychologiques		Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale et celui de la Mutuelle, à défaut un justificatif de non prise en charge+ certificat médical
Forfait journalier hospitalier	Cette prestation peut être accordée en cas de non prise en charge par une mutuelle.	Facture originale Délégation de paiement Notification de non prise en charge par la mutuelle
Ticket modérateur	Cette prestation peut être accordée en cas de soins antérieurs à l'adhésion à une mutuelle.	Facture originale Délégation de paiement
Travail incompatible avec l'état de grossesse	Des indemnités journalières en maternité, peuvent être versées aux femmes enceintes au plus tôt à compter de la 21 ^{ème} semaine avant l'accouchement	Certificat médical justifiant la pénibilité de l'emploi
Prime de fin de rééducation	Cette aide est versée aux assurés ayant suivi un stage de reclassement professionnel suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. La demande doit être formulée dans le mois qui suit la fin du stage.	Extrait de casier judiciaire Avis du directeur de stage <i>Imprimé CASS 9 à nous demander</i> Notification de l'indemnisation de l'ASP
Fournitures médicales diverses (semelles orthopédiques, prothèses capillaires...)		Un devis précisant le remboursement de la Sécurité Sociale et celui de la Mutuelle Une prescription médicale
Frais de transport liés à l'hospitalisation de l'enfant ou hébergement de la mère		Imprimé de frais de transport S 3140 b Bulletin d'hospitalisation Facture originale de l'hébergement, acquittée
Frais de transports vers le lieu de vaccination		
Frais d'hébergement liés à une cure thermale		Devis ou facture d'hébergement Décompte de remboursement de la Sécurité Sociale et Mutuelle

Exclusions systématiques :

- Bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME)
- Dépassements d'honoraires
- Casques de plagiocéphalie
- Frais funéraires
- Chambre particulière
- **Implants** (*sauf implants de maintien de prothèse*)

JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE

LES SOINS

- Devis du **professionnel de santé** (avec les remboursements de l'assurance maladie) et de votre **mutuelle**
- A défaut, un justificatif de non prise en charge de la mutuelle
- Prescription médicale pour les soins exposés

LES REVENUS

- Le **dernier avis d'imposition** sur les revenus dans son intégralité
- Les justificatifs des ressources **des 3 derniers mois échu** de **toutes les personnes vivant au foyer** :
 - Bulletin de salaire
 - Notification de versement de retraite ou relevé bancaires
 - Déclaration de chiffre d'affaire du dernier trimestre pour les Indépendants
 - Notification de paiements des pensions, rentes et indemnités versées par d'autres organismes que la CPAM
 - Notification des allocations chômage
- Notification CAF
- Pension alimentaire perçue (jugement ou une attestation sur l'honneur)
- Justificatif des revenus mobiliers ou immobiliers

LES CHARGES

- La taxe d'habitation
- La dernière quittance de **loyer** ou le **tableau d'amortissement** en cas de prêt immobilier en cours
- Le dernier appel de fond pour les charges de copropriété
- La dernière facture ou échéancier pour les charges de chauffage (bois, fioul...), d'eau, d'électricité, de gaz et de téléphone/internet.
- Les échéanciers des assurances véhicules, habitation principale et complémentaire santé.
- Le justificatif pour la pension alimentaire versée (jugement)
- L'échéancier de surendettement

N° dossier :

Motif :

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU DE SECOURS EXCEPTIONNELS

Madame, Monsieur,

Les frais que vous avez exposés ne peuvent avoir lieu au titre des prestations légales.

Nous pouvons, cependant, sous certaines conditions, vous accorder une aide au titre des prestations supplémentaires ou des secours exceptionnels.

Du fait de leur caractère non obligatoire, les décisions prises par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale (CASS) ne peuvent faire l'objet d'aucun recours.

[Merci de compléter intégralement ce document avec attention.](#)

ASSURÉ(E)

 Monsieur

 Madame

Votre nom :

Votre prénom : Votre date de naissance :

Votre adresse complète :

Code postal : Commune :

N° de téléphone domicile : N° de téléphone portable :

Votre numéro de Sécurité sociale :

Votre numéro d'allocataire CAF (si vous en possédez un) :

- Etes-vous bénéficiaire de la C2S ?
(Complémentaire Santé Solidaire)

 OUI

 Participative

 Non participative

 NON

-Bénéficiez-vous de l'aide médicale ?

 OUI

 NON

- Avez-vous une mutuelle ?

 OUI. Laquelle :

 NON

NATURE DE VOTRE DEMANDE

Vous sollicitez une aide pour (exemple : dentaire, auditif, etc.):

.....

ORGANISMES DÉJÀ SOLLICITÉS POUR CETTE DEMANDE (Aide sociale, CAF, comité d'entreprise, MDPH, fond social mutuelle, divers...)

- Désignation de l'organisme :

- Montant de l'aide obtenue :

- Ces frais sont-ils consécutifs à un accident ? OUI Nature

NON

Cet accident entraîne-t-il la responsabilité d'un tiers ? OUI NON

VOTRE SITUATION FAMILIALE

- **ASSURÉ(E) :** Célibataire Marié(e) Vie maritale ou PACS Divorcé (e)
- Séparé(e) Veuf/Veuve Famille monoparentale

Situation professionnelle :

➤ **CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) :**

Nom, prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Situation professionnelle :

➤ **ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE :**

Nom et prénom	Lien de parenté <small>Fille, fils, neveu, enfant recueilli, parent,...</small>	Date de naissance	Situation actuelle <small>Salarié, étudiant, sans emploi, ...</small>
.....
.....
.....
.....
.....

VOS REVENUS MENSUELS

	Assuré	Conjoint / Concubin	Enfants	Autres personnes au foyer
Salaires nets imposables				
Indemnités journalières nettes (maladie, maternité, accidents du travail)				
Complément aux indemnités journalières versé par l'employeur ou la caisse de prévoyance				
Allocation de chômage				
Pension (invalidité, retraite...)				
Complémentaire (invalidité, retraite...)				
RSA				
Prestations CAF : APL : Autres (à détailler) :				
Pension alimentaire reçue				
Revenus mobiliers ou immobiliers				
Autres revenus (préciser)				

VOS CHARGES MENSUELLES

- **LOGEMENT :** Vous êtes propriétaire ou en accession à la propriété
 Vous êtes locataire
 Vous êtes logé à titre gratuit (Merci de préciser à quel titre, et joindre les **justificatifs de ressources et charges de logement de la personne vous hébergeant**).

Montant du loyer ou du remboursement d'accession à la propriété :

Prise en charge du remboursement par une assurance OUI Montant :

NON

- **PENSION ALIMENTAIRE VERSÉE** (le cas échéant) Montant mensuel :

➤ **DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

A, le

Signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code Pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17-I du Code de la Sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.