

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

RESSOURCES DU FOYER :	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie recto/verso du dernier avis d'imposition ou de non-imposition ou situation déclarative de chacun des membres du foyer • Photocopie du dernier bulletin de salaire de chacun des membres du foyer du mois précédent la demande • Attestation de versement des prestations CAF du mois précédent la demande (si allocataire CAF)
CHARGES DU FOYER :	<ul style="list-style-type: none"> • Loyer : photocopie de la dernière quittance ou facture de moins de 3 mois • Accession à la propriété : photocopie du tableau d'amortissement du crédit relatif à l'emprunt. • Si chômage ou maladie : attestation délivrée par l'organisme de crédit précisant si l'assurance contractée lors de l'emprunt prend en charge une partie ou la totalité de la mensualité (préciser le montant et la durée) • Participation à l'hébergement : attestation sur l'honneur de l'hébergeant précisant le montant éventuel de votre participation • Pension(s) alimentaire(s) versée(s) : photocopie de la page du jugement, notification du tribunal et/ou justificatif de versement • Electricité, Gaz, Eau, Chauffage : photocopie des dernières factures ou échéancier de paiement (*). • Taxe d'habitation et foncière** : photocopies de vos derniers avis. • Assurance habitation, voiture et complémentaire santé **: photocopies de vos derniers échéanciers, appel de cotisation.

* si vous ne joignez pas les justificatifs * un forfait sera appliqué et ** une seule relance sera effectuée sinon pris en l'état.

EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE :

TYPE DE DEMANDE	JUSTIFICATIFS
<input type="checkbox"/> Prothèse(s) auditive(s) <input type="checkbox"/> Optique (verres, monture, lentilles) <input type="checkbox"/> Orthodontie <input type="checkbox"/> Dentaires (prothèses, autres)	<ul style="list-style-type: none"> • Une prescription médicale (uniquement pour l'auditif et l'optique) • Un devis ou facture détaillée ou feuille de soins • Un avis de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non
<input type="checkbox"/> Frais relevant d'une hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Le(s) avis de sommes à payer détaillés de l'Hôpital et/ou de l'établissement précisant les dates d'hospitalisation • Le montant du forfait journalier et du ticket modérateur • Avis de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non
<input type="checkbox"/> Arrêt maladie entraînant un déséquilibre budgétaire au titre de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources du foyer le mois complet précédent votre arrêt maladie • Les ressources du foyer le mois complet précédent votre demande d'aide financière
<input type="checkbox"/> Arrêt maladie entraînant un déséquilibre budgétaire au titre du passage à l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources du foyer le mois complet précédent votre passage en invalidité • Les ressources du foyer le mois complet précédent votre demande d'aide financière
<input type="checkbox"/> Fournitures (médicales et paramédicales) et actes non remboursés	<ul style="list-style-type: none"> • La prescription médicale et le(s) devis ou facture(s) • Un avis de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non
<input type="checkbox"/> Aide ponctuelle en cas de rupture de droit de la Complémentaire Santé Participative C2S	<ul style="list-style-type: none"> • Un justificatif de votre complémentaire santé pour non-paiement • Une attestation sur l'honneur expliquant le motif de non-paiement
<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> • La facture, le certificat du décès, • Une attestation de portefort accompagné du RIB du bénéficiaire du règlement de l'aide • Une attestation d'aide éventuelle par d'autres organismes
<input type="checkbox"/> Chirurgie reconstructrice ou dermopigmentation	<ul style="list-style-type: none"> • Facture acquittée • Décompte de remboursement ou non prise en charge de l'organisme complémentaire
<input type="checkbox"/> Prise en charge de la facture d'un interprète en Langue des Signes pour les personnes en situation de surdité dans le cadre du Parcours Attentionn�	<ul style="list-style-type: none"> • La convocation établie par l'un des partenaires attestant votre présence au rendez-vous • La facture et le RIB de l'interprète



POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT TRAITÉ DANS LES MEILLEURS DELAIS :
Avez-vous complété toutes les rubriques et joint les justificatifs demandés ?

Votre dossier complet est   adresser par voie postale   l'adresse suivante :
Assurance Maladie de Seine-et-Marne – 77605 MARNE LA VALLÉE Cedex 03