



Fonds social Unéo
Demande d'Aide Exceptionnelle
Frais de santé

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Numéro
d'enregistrement

U40

U_FORM_U40_1405_MAJ1510

Commission du

Unéo - Service Soutien Social - 48, rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex - Tél. : 0 970 809 709 (appel non surtaxé) - groupe-uneo.fr

- Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases
- Les dates sont à inscrire au format JJMMAAAA (par exemple : 15 août 1969 ► 15081969)

Votre numéro d'adhérent ►

Afin de pouvoir bénéficier d'une aide exceptionnelle aux frais de santé, vous devez avoir souscrit une garantie santé.

Identité de l'adhérent demandeur

M^{me} M. Nom _____

Prénom _____ Né(e) le ____ / ____ / ____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone fixe ou portable⁽¹⁾ _____ Email⁽¹⁾ _____

N° de Sécurité sociale _____ Etes-vous bénéficiaire de la CMU-C ?⁽²⁾ Oui Non

Situation de famille

> **Assuré(e) :** Célibataire Marié(e) Partenaire Pacsé(é) Vie maritale ou Pacsé(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve) Famille monoparentale

> **Conjoint(e) ou concubin(e) :** Nom _____

Prénom _____

N° de Sécurité sociale _____

Situation professionnelle _____

> Enfants et autres personnes vivant à votre domicile :

Nom et prénom	Lien de parenté Père, mère, fils, fille, neveu...	Date de naissance	Situation actuelle

Situation professionnelle

Etes-vous ? Militaire en activité de service Civil de la Défense Salarié dans le privé Retraité pensionné
 Retraité non pensionné Autre situation

Garantie Unéo

Avez-vous souscrit une des garanties suivantes (cochez la/les cases correspondantes) :

Utile Naturelle Essentielle Optimale

Santé-Objectif 1 Santé-Objectif 2 Santé-Objectif 3

Militaires & Sportifs Optique & Dentaire Honoraires & Hospitalisation

Unéo Monde Optimonde** Santé-Internationale Le Cercle Unéo

Renfort Jeune Renfort Famille Renfort Sénior Renfort Plus

Unéo Extension-Santé Nouvelle-Calédonie

(1) J'accepte l'usage de mon numéro de téléphone et de ma messagerie électronique pour la transmission des informations relatives à l'exécution de mon contrat mutualiste.
(2) Couverture Maladie Universelle Complémentaire.



Mutuelle militaire d'accompagnement social

Avez-vous adhéré à une mutuelle militaire d'accompagnement social (cochez la/les cases correspondantes) :

CNG (Caisse Nationale du Gendarme) MNM (Mutuelle Nationale Militaire) MAA (Mutuelle de l'Armée de l'Air)

Nature de la demande

Vous sollicitez une aide :

- Pour des frais médicaux, appareillages (optique, dentaires, orthodontie...) ou de fournitures médicales (détailler) :
.....
.....
- Qui est le bénéficiaire de cette demande ?
 - Montant des frais ou devis (joindre les justificatifs)
 - > Fournir le devis détaillé remis par Unéo.
 - Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Non Oui Montant obtenu :

Frais engagés (A) (ne pas indiquer les centimes) €

Nature des frais engagés :

Remboursement ou aides déjà obtenus (B) (ne pas indiquer les centimes)

Assurance maladie : prestations légales €

Assurance maladie : prestations supplémentaires €

Unéo : prestations €

Action Sociale Défense (ASD) €

Autres services sociaux (MDPH, conseil général, ANAH...) €

Total (B) €

Reste à charge (A - B) €

Vos revenus

	Adhérent	Conjoint/Concubin Partenaire Pacsé	Enfants	Autres personnes au foyer
Salaires nets imposables				
indemnités journalières nettes (maladie, maternité, accidents du travail)				
Complément aux indemnités journalières nettes versé par l'employeur ou la caisse de prévoyance				
Allocation de chômage				
Pension (invalidité, retraite...)				
RSA				
Prestations CAF, AF, CF, AL ou APL, AAH, autres (préciser)				
Pension alimentaire perçue				
Revenus mobiliers ou immobiliers				
Autres revenus (préciser)				

► IMPORTANT

Merci de remplir ces rubriques en indiquant vos ressources actuelles mensuelles.

Joindre impérativement :

1. Les justificatifs de vos ressources du dernier mois échu (bulletins de salaires ou Assedic, ou attestation de l'employeur précisant les salaires nets imposables du mois, ou notification de pension).
2. Votre dernier avis d'imposition ou de non imposition (recto verso dans son intégralité).

Vos charges

- > **Assuré(e)** : Vous êtes propriétaire ou en accession à la propriété Vous êtes locataire Vous êtes logé gratuitement
- Montant du loyer : €
- Montant du remboursement d'accession à la propriété : €
- > Prise en charge du remboursement par une assurance Oui Non Montant : €
- > **Pension alimentaire versée, (le cas échéant) montant mensuel** : €

► IMPORTANT

Joindre les justificatifs (**dernier mois échu**).

Éventuelle aide complémentaire

Si vous êtes adhérent à l'une des trois mutuelles militaires d'accompagnement social, autorisez-vous la communication de votre dossier pour instruction en vue d'obtenir une éventuelle aide complémentaire ? (Joindre le justificatif d'appartenance)

- OUI, j'autorise la communication de mon dossier à ma mutuelle d'accompagnement social, qui est :
- La Caisse Nationale du Gendarme (CNG) La Mutuelle de l'Armée de l'Air (MAA)
- La Mutuelle Nationale Militaire (MNM)
- NON, je n'autorise pas la communication de mon dossier

Signature

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies

Le / / Fait à

Signature du demandeur (obligatoire)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

Informations pratiques

Pièces justificatives à joindre à votre demande d'Aide exceptionnelle Frais de Santé

- ✓ La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition (recto verso dans son intégralité) ;
- ✓ Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, solde, pension, prestation familiale...)
- ✓ Les factures originales acquittées correspondant aux dépenses engagées ou le devis ;
- ✓ Le relevé de paiement correspondant au remboursement en prestations légales d'assurance maladie ;
- ✓ L'attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation y compris le complément statutaire, ou, pour un autre organisme social, le montant du secours alloué ;
- ✓ La photocopie de la carte mutuelle de l'année en cours (recto-verso) et le justificatif d'appartenance à une mutuelle militaire d'accompagnement social ;
- ✓ Si hospitalisation : le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie ;
- ✓ Le relevé de paiement correspondant au remboursement en prestations supplémentaires d'assurance maladie ;
- ✓ Décision de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme accordant ou refusant une prestation supplémentaire.

Comment connaître la suite réservée à votre demande ?

Les dossiers complets sont examinés par la Commission Sociale qui se réunit chaque mois.
Dès que la décision aura été prise, vous serez immédiatement informé par courrier.

Dossier à renvoyer dûment complété
et accompagné des pièces justificatives nécessaires
à l'adresse suivante :

Unéo
Service Soutien Social
48 rue Barbès
92544 Montrouge Cedex