



IDENTIFICATION DE L'ASSURE

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél : _____ Adresse électronique : _____

MUTUELLE _____ N° ADHERENT _____

Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale : **MNM** **CNG** **MAA**

LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE

ACTIVITE
Affectation.....
Armée d'appartenance.....
Grade.....
Date d'entrée en service.....
Date prévue de fin d'activité ou de contrat.....

VEUF(VE) depuis le.....

EX-CONJOINT depuis le.....
*Renseignements concernant le conjoint décédé,
l'ex-conjoint ou le parent décédé :*

ACTIVITE
Affectation.....
Grade.....

CODE ASD
 (cf liste jointe en annexe)

RETRAITE
Depuis le.....
Armée d'appartenance.....
Dernière affectation.....
Nombre d'années de service.....

RETRAITE
Depuis le.....
Dernière affectation.....
Nombre d'années de service.....

AUTRES (par exemple orphelin majeur, retraité retravaillant)

IDENTIFICATION DU CONJOINT CONCUBIN PACSE

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date de naissance _____

BENEFICIAIRE

Assuré
 Conjoint
 Autre

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Age	Lien de parenté	Profession

ATTESTATION ☞ Cocher la case correspondante J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies

Date et signature du demandeur

J'autorise la communication de mon dossier pour instruction en vue d'obtenir une aide complémentaire éventuelle

à l'assistant(e) de service social du ministère de la Défense⁽¹⁾ **oui** **non**

à ma mutuelle militaire⁽²⁾ **oui** **non**

Date et signature du demandeur

⁽¹⁾ L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social de la Défense implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

⁽²⁾ Les cinq mutuelles (UNEO, MNM, CNG, MAA, MSPP) adhèrent au réseau social de la Défense qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

IMPORTANT

- ⇒ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.
- ⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.
- ⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

JUSTIFICATIFS**A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

- 1** Selon votre cas :
- Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes
 - Un certificat dentaire avec diagnostic et plan de traitement ainsi que des radiographies (panoramique et retro alvéolaire) dans les cas d'endodontie, de parodontologie, de comblement et d'implantologie
- Par courrier, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil ou du dentiste conseil (adresse ci-dessous)
Ou par fax au 04 94 16 37 53 ou par courriel à dsm-ass@cnmss.fr
- 2** La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso)
- 3** Les photocopies justificatives des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, solde, pension, prestations familiales...)
- 4** Les factures originales acquittées correspondant aux dépenses engagées ou exceptionnellement le devis pour la période considérée
- 5** Le relevé de paiement correspondant au remboursement en prestations légales d'assurance maladie
- 6** 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
- 7** La photocopie de la carte de mutuelle de l'année en cours (recto-verso)
- 8** Autre :

LE CAS ECHEANT

- 9** Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie
- 10** La décision d'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou le plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou le récépissé de dépôt de la demande

L'enveloppe contenant le dossier doit être affranchie et adressée à :

Affranchir

Caisse nationale militaire
de sécurité sociale
Bureau Action Sanitaire et Sociale
247, avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9



**Ne concerne que les ressortissants
Défense en activité**

Veillez reporter dans la rubrique "LIEN AVEC LE MINISTERE DE LA DEFENSE" : Le code du pôle ministériel d'action sociale (**PMAS**), de la direction locale d'action sociale – région de gendarmerie (**DLAS-RG**), de l'échelon social inter-armées (**ESIA**), correspondant à votre affectation actuelle

CODES	(Zones géographiques de compétence – Départements)
7100	PMAS de SAINT GERMAIN en LAYE (02-59-60-62-75-77-78-80-91-92-93-94-95)
7200	PMAS de METZ (08-10-21-25-39-51-52-54-55-57-58-67-68-70-71-88-89-90)
7300	PMAS de LYON (01-03-05-07-13-15-26-30-34-38-42-43-48-63-69-73-74-84)
7400	PMAS de TOULON (04-06-20-83)
7500	PMAS de BORDEAUX (09-11-12-16-17-19-23-24-31-32-33-40-46-47-64-65-66-79-81-82-85-86-87)
7600	PMAS de BREST (22-29-50-56)
7700	PMAS de RENNES (14-18-27-28-35-36-37-41-44-45-49-53-61-72-76)
6100	DLAS - RG ILE DE FRANCE (75-77-78-91-92-93-94-95)
6200	DLAS - RG NORD PAS de CALAIS (02-59-60-62-80)
6300	DLAS - RG BRETAGNE (14-18-22-27-28-29-35-36-37-41-44-45-49-50-53-56-61-72-76-85)
6400	DLAS - RG SUD-OUEST (09-12-16-17-19-23-24-31-32-33-40-46-47-64-65-79-81-82-86-87)
6500	DLAS - RG SUD-EST (01-03-07-15-26-38-42-43-63-69-73-74)
6600	DLAS - RG LORRAINE (08-10-21-25-39-51-52-54-55-57-58-67-68-70-71-88-89-90)
6700	DLAS - RG PACA (04-05-06-11-13-20-30-34-48-66-83-84)
8100	ESIA des ANTILLES (971-972)
8200	ESIA de GUYANE (973)
8400	ESIA de LA RÉUNION (974)