



Dispositif de soins coordonnés à domicile au titre de l'action sanitaire et sociale

Demande d'aide financière :

Je soussigné(e)

Domicilié :

N° d'immatriculation :

Organisme d'affiliation (codification):

Situation de famille : *Personne seule*

Couple

Autres personnes à charge (Nom prénom date de naissance) :

demande la participation financière de la Caisse primaire d'assurance maladie de Meurthe-et-Moselle sur les frais nécessités par mes soins coordonnés à domicile, en accord avec le réseau et la Caisse : garde à domicile et/ou matériel, produits et fournitures insuffisamment remboursés ou non remboursés en prestations légales.

J'ai bien noté qu'en fonction de mes ressources, il restera à ma charge 10% de ces frais:

Date :

Signature

Attestation de prise en charge par le réseau

Je soussigné(e)

atteste:

- que le bénéficiaire sus nommé est pris en charge par le réseau depuis le
- avoir examiné la condition de ressources prévue à l'article 2 de la convention permettant de déterminer la prise en charge au titre de l'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse.

justificatifs de ressources en pièces jointes (nombre :)

les justificatifs de ressources seront transmis par courrier sous quinzaine

Date :

Signature :