



Commission des secours et des prestations complémentaires

Quand ?

Examen

Dès réception et si mon dossier est complet, il est présenté en commission mensuelle.

Après avis des membres et validation par le Ministère des Armées, je reçois la notification par courrier.

Remboursement

Je suis remboursé de la participation accordée :

- après avoir envoyé la facture acquittée, si j'avais joint un devis ;
- directement quelques jours plus tard, si j'avais présenté une facture.



Service communication - oct. 2018 - impression SIRA



Contacts

CNMSS/DSBP
Secrétariat de la CSPC
TSA 41001
83090 TOULON CEDEX 9

- 04 94 16 96 20
- www.cnmss.fr



La CNMSS solidaire de votre santé
www.cnmss.fr

Qui ?

Je suis actuellement bénéficiaire d'une pension militaire d'invalidité (PMI).

Quoi ?

J'ai un besoin en rapport direct avec mon infirmité pensionnée.

Mais ce besoin n'est pas ou peu remboursé.

Prestations complémentaires

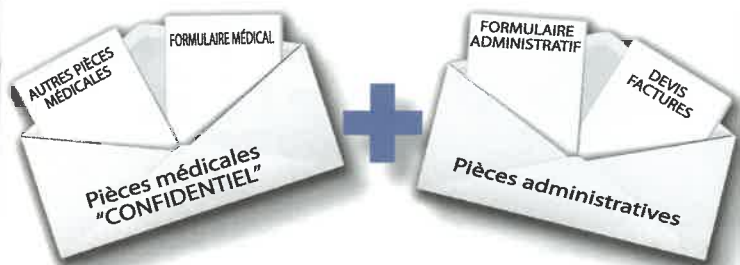
Une participation complémentaire peut m'être accordée si je dois supporter un reste à charge après le remboursement partiel en prestations légales.

Secours

Un secours peut m'être octroyé pour couvrir une dépense non remboursable réglementairement.

Cette dépense doit :

- me permettre d'assurer les actes essentiels de la vie (équipements techniques, aides ménagères) ;
- m'aider à me réinsérer socialement ou professionnellement (aménagement de véhicule pour faciliter mes déplacements) ;
- favoriser mon maintien à domicile (aménagement du logement pour continuer à vivre en toute autonomie).



Comment ?

Obtenir les imprimés

- Sur le site Internet de la CNMSS : www.cnmss.fr > **Je suis ancien combattant** ;
- Par téléphone, auprès du bureau Accompagnement du blessé ;
- En contactant mes interlocuteurs habituels du Ministère des Armées (ONAC-VG, ASD...) ou des associations d'anciens combattants.

Renseigner les imprimés

- Je complète et signe le formulaire administratif ;
- Je fais compléter et signer le formulaire médical par mon médecin ;
- Je joins les pièces justificatives nécessaires dans les enveloppes dédiées.

Envoyer les imprimés

Je fais parvenir l'ensemble des documents au secrétariat de la CSPC.



FORMULAIRE ADMINISTRATIF

IDENTIFICATION DU PENSIONNE

Numéro de sécurité sociale (NIR)

NOM

Prénoms

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

Tél Courriel

Etes-vous adhérent à :

- une mutuelle ? NON OUI si oui laquelle ?
- une assurance ? NON OUI si oui laquelle ?
- un organisme de prévoyance ? NON OUI si oui lequel ?

PRESTATION DEMANDÉE

PARTICIPATIONS DIVERSES

Avez-vous déjà sollicité ou obtenu des aides de la part d'autres organismes (mutuelle, assurance, prévoyance, APA, MDPH...) ? NON OUI Si oui, précisez ci-dessous :

ORGANISME	MONTANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €

ATTESTATION

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies⁽¹⁾
- J'autorise la communication de mon dossier, pour instruction, aux partenaires suivants :⁽²⁾
- Office national des anciens combattants et victimes de guerre
 - Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre Cellule d'aide aux blessés de la Marine
 - Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air Cellule d'aide aux blessés du Service de santé des armées
 - Cellule d'aide aux blessés de la Gendarmerie nationale

Fait à _____ le _____

Signature

⁽¹⁾ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (arts. 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code Pénal). L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi ou de l'administration fiscale (article L114-12 du code de la Sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers (articles L114-19 et suivants du CSS).

⁽²⁾ L'objet de cet imprimé est de permettre la gestion d'un dossier de demande d'aide, sous forme d'un traitement informatique, déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et dont la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est responsable. Ces informations obligatoires pourront être consultées par les partenaires choisis ci-dessus. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'accéder à ces informations, de les faire rectifier et de vous y opposer, droits que vous pouvez exercer à tout moment auprès de la CNMSS.

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Dans l'enveloppe « pièces médicales »

Dans tous les cas

- le formulaire médical complété et signé par votre médecin

Cas particulier

- aide au maintien à domicile : la grille AGGIR complétée et signée par votre médecin
- soins dentaires : la copie de la radio panoramique dentaire
- aménagement de véhicule : un certificat médical d'aptitude à la conduite, délivré par un médecin agréé par la préfecture (ou si nécessaire, l'autorisation délivrée par la commission médicale de la préfecture)

Dans l'enveloppe « pièces administratives »

Dans tous les cas

- le formulaire administratif complété et signé
- un relevé d'identité bancaire
- le devis correspondant au besoin ou la (les) facture(s) originale(s) acquittée(s)
- un justificatif du montant pris en charge (ou non) par les organismes sollicités

Cas particulier

- aménagement de véhicule : la copie de votre permis de conduire mis à jour des codes de restriction
- aménagement de véhicule ou du domicile ≥ 2000 € : un second devis d'un autre fournisseur

Les devis des aménagements doivent distinguer les montants relatifs aux fournitures et à la main d'œuvre

>> Ces 2 enveloppes sont glissées dans l'enveloppe CSPC

Attention ! tout dossier incomplet ne pourra pas être présenté à la commission



FORMULAIRE MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PENSIONNÉ

Numéro de sécurité sociale (NIR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

NATURE DU HANDICAP (diagnostic, étiologie, région anatomique concernée)

HANDICAP(S) ASSOCIÉ(S)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAUX / RÉÉDUCATION / SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET OBSERVATIONS UTILES

PRESTATION DEMANDÉE

Si aide à domicile : préciser le nombre d'heures par mois et la période

Si produits pharmaceutiques : indiquer la posologie

Fait à le

Signature et cachet du médecin

GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (AGGIR)
à compléter spécifiquement pour une aide au maintien à domicile

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

A

Fait partiellement

B

Ne fait pas

C

VARIABLES DISCRIMINANTES		ASSURE	CONJOINT
COHERENCE – Converser et/ou se comporter de façon sensée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION – Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HAUT DU CORPS – Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE BAS DU CORPS – Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE HAUT – Le fait de passer les vêtements par la tête et/ou les bras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN – Le fait de boutonner un vêtement, mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE BAS – Le fait de passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : SE SERVIR – Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : MANGER – Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE – Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION FECALE – Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS – Se lever, se coucher, s'asseoir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE – Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIR :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARIABLES ILLUSTRATIVES		ASSURE	CONJOINT
GESTION – Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire ses démarches		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUISINE – Préparer les repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENAGE – Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTS – Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACHATS – Faire des acquisitions directes ou par correspondance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DU TRAITEMENT – Se conformer à l'ordonnance de son médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE – Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait à	le	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> Signature et cachet du médecin </div>	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			

Adresse retour en cas de non distribution
83090 TOULON CEDEX 9

CSPC

Pièces administratives

ENVYP002

Adresse retour en cas de non distribution
83090 TOULON CEDEX 9

CSPC
Pièces médicales
"CONFIDENTIEL"

ENVTP002

Adresse retour en cas de non distribution

83090 TOULON CEDEX 9

**SECRETARIAT DE LA CSPC
CNMSS/DSBP
TSA 41001
83090 TOULON CEDEX 9**

ENVYP003