

JE SUIS TITULAIRE
D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ AU TITRE DU CPMIVG
Je peux bénéficier des dispositions des articles
L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG

Mes soins sont EN RELATION avec mes infirmités pensionnées décrites sur ma FDI

La prise en charge des prestations de soins est assurée par le Département soins et suivi du blessé et du pensionné de la CNMSS (DSBP).

FACTURATION
DES SOINS À
LA CNMSS

par FEUILLES DE SOINS DE L'ASSURANCE MALADIE

case à cocher 'soins dispensés au titre de l'article L.212-1'

ou par VOIE ÉLECTRONIQUE



le professionnel de santé utilise ma carte Vitale*,

*si son logiciel de facturation est conforme au cahier des charges 1.40 – addendum 6 et suivantes

Libre choix



De mon MÉDECIN
et autres professionnels ou
prestataires de santé

Possibilité de bénéficier de la
PROCÉDURE DU TIERS PAYANT
de la part des professionnels
de santé

Pas
d'avance
des frais

Exonération

De tout ticket modérateur (prise en charge à
100 % des tarifs de responsabilité)

Des franchises médicales, des participations
forfaitaires

Du forfait journalier hospitalier de 20 € et de la
participation forfaitaire de 24 € pour les actes
«coûteux» en cas d'hospitalisation

Du forfait de passage aux urgences sans
hospitalisation

La Commission des secours et des
prestations complémentaires
peut m'octroyer une aide pour
mes dépenses de soins peu ou
pas remboursées au titre des
prestations légales (soins
dentaires, aide-ménagère,
aménagement de mon domicile
ou de mon véhicule,
séances
d'ostéopathie,
etc....).

Tarifs
spécifiques
plus
favorables

Pour les soins dentaires,
Pour certains appareillages (lunettes, aides
auditives, fauteuil roulant...)
ou pour mon hébergement lors d'une cure
thermale

Aide financière
supplémentaire



Mes soins NE SONT PAS EN RELATION avec mes infirmités pensionnées

La prise en charge des prestations de soins est assurée par ma caisse d'assurance maladie.
J'informe ma CPAM que je suis titulaire d'une pension d'invalidité concédée au titre du CPMIVG.

Exonération

De tout ticket modérateur (prise en charge
à 100 % des tarifs de responsabilité),

Du forfait journalier hospitalier de 20 €, de la
participation forfaitaire de 24 € pour les actes
«coûteux» en cas d'hospitalisation,

Du forfait de passage aux urgences sans
hospitalisation



Je ne suis pas dispensé du
dispositif lié au parcours de soins,
ni exonéré du prélèvement des
franchises médicales et des
participations forfaitaires

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

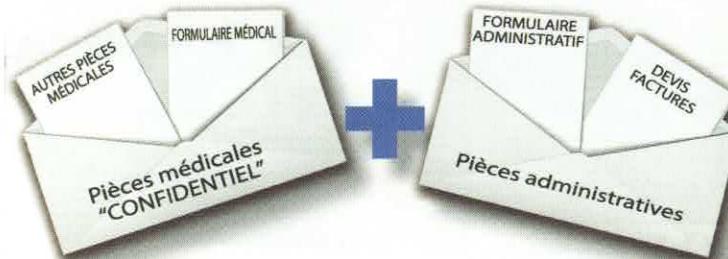
Une participation complémentaire peut m'être accordée si je dois supporter un reste à charge après le remboursement partiel en prestations légales.

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.



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

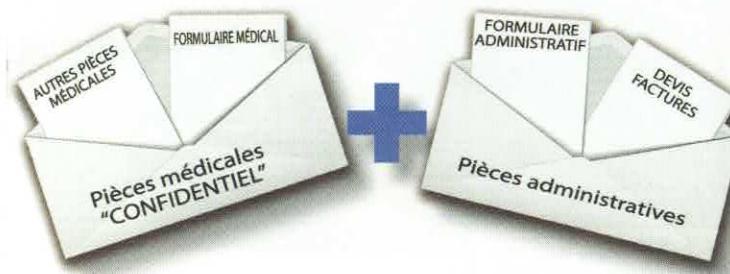
Une participation complémentaire peut m'être accordée si je dois supporter un reste à charge après le remboursement partiel en prestations légales.

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.





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 SRA

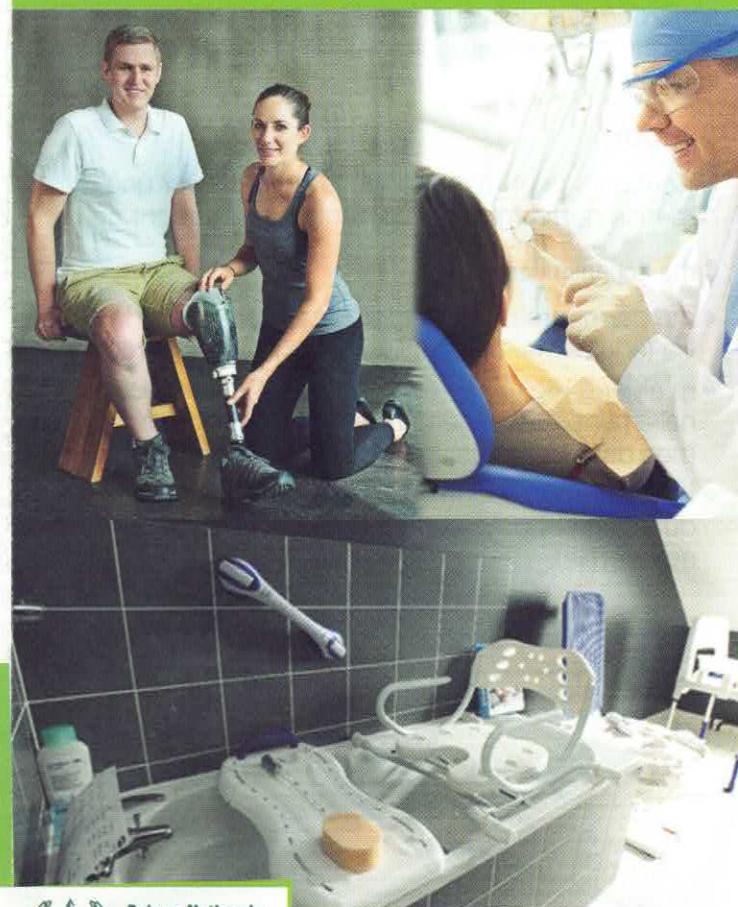
Contacts

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

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



Caisse Nationale
MILITAIRES
de Sécurité Sociale



La CNMSS solidaire de votre santé
www.cnmss.fr

Bénéficiaire d'une pension militaire d'invalidité

COMMISSION DES SECOURS ET DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

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 il 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.



Ces aides doivent :

- me **faciliter l'accès aux soins** avec un reste à charge (soins dentaires, aides auditives, ostéopathie...)
- me permettre d'**assurer les actes essentiels de la vie** (équipements techniques, aides ménagères)
- contribuer 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)



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberié
Egalité
Fraternité*

DEMANDE DE SECOURS OU DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES



CNMS
L'engagement au service
des militaires

cerfa

N° 15929*01

FORMULAIRE ADMINISTRATIF

IDENTIFICATION DU PENSIONNÉ

Numéro de sécurité sociale (NIR)

NOM _____

Prénoms _____ Date de naissance _____

Digitized by srujanika@gmail.com

Code postal _____ Ville _____

Tél _____ Courriel _____

Etes-vous adhérent à :

PRESTATION DEMANDÉE

PARTICIPATIONS DIVERSES

Pour cette prestation, avez-vous sollicité une demande d'aide auprès d'autres organismes (mutuelle, conseil départemental, MDPH...) ? NON OUI EN COURS
Si OUI ou EN COURS, précisez ci-dessous :

ORGANISME

MONTANT OBTENU

_____ €
_____ €
_____ €

Joindre les justificatifs d'accord et/ou de refus



FORMULAIRE MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PENSIONNÉ

Numéro de sécurité sociale (NIR) _____

NOM _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

NATURE DU (DES) HANDICAP(S) JUSTIFIANT LA DEMANDE (diagnostic, étiologie, région anatomique concernée) *

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAUX / RÉÉDUCATION / SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET OBSERVATIONS UTILES

PRESTATION DEMANDÉE *

Pour une aide à domicile, préciser le nombre d'heures par mois et la période

Fait à le

Signature et cachet du médecin

* champs obligatoires

Comment ?

Obtenir les imprimés :

- Sur le site Internet de la CNMSS : cnmss.fr (saisir « Formulaires secours » dans la barre de recherche)
- Par téléphone, auprès du bureau accompagnement du blessé
- En contactant mes interlocuteurs habituels du Ministère des Armées (ONaCVG, ASA...) ou des associations représentatives du monde combattant



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

Envoyer les imprimés

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

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'ai joint un devis
- Directement quelques jours plus tard, si j'ai présenté une facture

Je peux présenter autant de demandes que nécessaire.



Secrétariat de la CSPC
CNMSS/DSBP
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9
04 94 16 96 20

cnmss.fr



LISTE DES PIECES A FOURNIR

Dans tous les cas :

- le formulaire administratif complété et signé
- le formulaire médical complété et signé par votre médecin
- 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 :

- aide au maintien à domicile** : la grille AGGIR complétée et signée par votre médecin
- produits pharmaceutiques ou thérapies non conventionnelles** : une ordonnance en sus du formulaire médical avec indications précises (posologie, articulation, côté ou organe concerné, nombre de séances, durée...)
- soins dentaires** : la copie de la radio panoramique dentaire ou autre radio des dents concernées
- 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) et la copie de votre permis de conduire mis à jour des codes de restriction
- aménagement de domicile ou de véhicule ≥ 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
- dépassements d'honoraires, chambre particulière** : le compte-rendu d'hospitalisation, le devis signé

Ces pièces sont à envoyer à l'adresse suivante :

**CNMSS / DSBP
Secrétariat de la CSPC
247, avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9**

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

ATTESTATION

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ⁽¹⁾

Fait à _____ le _____

Signature

⁽¹⁾ 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 441-2 du code pénal). 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.
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.

« PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL »

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données personnelles » sur www.cnmss.fr.

Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS ainsi que pour exercer vos droits vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9 ». Si après avoir saisi le Délégué à la protection des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».

GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (AGGIR)
à compléter uniquement 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

Signature et cachet du médecin