

DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Pièces justificatives à joindre (les photocopies suffisent) :

Dernier bulletin de salaire de l'assuré et du conjoint, concubin ou personne liée par un PACS.

Dernier avis de versement de la CAF.

Montant des indemnités journalières, de la pension d'invalidité ou de la rente d'accident du travail.

Dernière notification de décision de prise en charge par Pôle emploi.

Dernier avis de versement de l'allocation chômage.

Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus et dernier avis de taxe d'habitation et de taxe foncière.

Quittance de loyer, charges de copropriété et échéanciers des emprunts en cours.

Devis ou facture (s) accompagné (s), le cas échéant, des pièces justificatives des remboursements déjà perçus.

Relevé d'identité bancaire ou postal.

Ce formulaire et les justificatifs sont à adresser :

• **Par mail**
contact@mutuelle-mos.fr

ou

• **Par voie postale**
MOS
Service Gestion
Immeuble Neptune
10 Rue Jean Giono
CS 76714
21067 DIJON CEDEX

Pour les demandes d'intervention concernant le dentaire, l'optique et/ou l'audiologie, merci de cocher impérativement l'une des cases suivantes :

Vous avez été informé(e) par le professionnel de santé de la possibilité de bénéficier de l'offre 100 % Santé avec un reste à charge à 0 euro : **OUI NON**

Vous avez été informé(e) par le professionnel de santé de la possibilité de bénéficier d'un tarif maîtrisé ou modéré : **OUI NON**

Recours au réseau de soins*

Vous avez consulté un professionnel de santé qui fait partie du réseau de soins de votre assureur : **OUI NON**

* Votre assureur vous fait bénéficier d'un réseau de soins composé de différents professionnels de santé (dentistes, opticiens, audioprothésistes) dont les conventions sont régies par des critères qualitatifs et tarifaires précis, garants d'une offre de soins de qualité et au juste prix.

ASSURÉ(E)

NOM, PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

FONCTION

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE

ORGANISME GESTIONNAIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

N° SÉCURITÉ SOCIALE

ORGANISME EMPLOYEUR

CONJOINT, CONCUBIN OU PERSONNE LIÉE PAR UN PACS

NOM, PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

PROFESSION

N° SÉCURITÉ SOCIALE

ASSUREUR COMPLÉMENTAIRE

ENFANTS À CHARGE

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

SITUATION

REVENUS MENSUELS

NATURE DU REVENU

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU

PERSONNES À CHARGE AUTRE QUE LES ENFANTS

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

SITUATION

REVENUS MENSUELS

NATURE DU REVENU

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU

