

**AIDE POUR SOINS PARAMEDICAUX NON REMBOURSABLES  
DES ENFANTS  
(Bilan et séances de psychomotricité, neuropsychologie, ergothérapie)**

**Modalités d'attribution**

Notre comité d'Action Sanitaire et Sociale souhaite aider financièrement les familles pour des soins paramédicaux non remboursables de leurs enfants (bilan et séances de psychomotricité, neuropsychologie, ergothérapie).

L'aide de la MSA intervient lorsque les bilans ne peuvent être assurés par un CMPP ou en attendant son intervention.

**Les bilans et séances doivent être réalisés par un professionnel diplômé d'état et concerner des enfants ayant droit de leurs parents assurés à la MSA Ardèche Drôme Loire au titre de l'assurance maladie.**

**Notre aide financière peut s'élever jusqu'à 80 % du reste à charge de la famille, plafonnée à 400 € par an et par enfant.** Elle peut compléter, le cas échéant, une prise en charge de la mutuelle ou d'un autre organisme.

La prestation est soumise à des conditions de revenus. **Le quotient familial du mois de la demande ne doit pas dépasser 820 €.**

**Pour bénéficier de la participation financière de la MSA, vous voudrez bien compléter l'imprimé joint et le retourner au service d'Action Sanitaire et Sociale de la MSA.**

Après examen de la demande et accord de la MSA, **le règlement sera effectué, sur présentation de factures acquittées, directement à la famille par virement bancaire.**

***Dossier à renvoyer pour instruction à :***

*MSA ARDECHE DROME LOIRE  
Service d'Action Sanitaire et Sociale  
43, avenue Albert Raimond  
BP 80051  
42275 ST PRIEST EN JAREZ*

*Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le service d'Action Sanitaire et Sociale  
Au 04-75-75-68-95*

**AIDE POUR SOINS PARAMEDICAUX NON REMBOURSABLES  
DES ENFANTS**  
(Bilan et séances de psychomotricité, neuropsychologie, ergothérapie)

**Je souhaite bénéficier de votre aide :**

Nom prénom de l'allocataire : .....

N° INSEE : .....

Adresse : .....

Téléphone / Email : .....

Nom de votre caisse d'allocations familiales : .....

Votre quotient familial :

**La demande concerne mon enfant**

**Avez-vous perçu une prise en charge de votre complémentaire santé ?**  Oui  Non

***Si oui, merci de joindre à votre demande un justificatif du montant.***

Nom et adresse de votre organisme de complémentaire santé (Mutuelle) : .....

.....

**JOINDRE**

**> le devis du professionnel intervenant diplômé d'état**

**> votre attestation de quotient familial si vous percevez les allocations familiales d'un autre organisme**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint,
- à faire connaître toutes les modifications de ma situation au regard de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, et de la MTP,
- à régler à la Caisse de MSA les sommes éventuellement versées à tort,
- à faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Mentions relatives à la protection des données : les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire dont la finalité est le traitement de mon dossier de demande de prise en charge d'un bilan psychomoteur. La base de traitement est l'intérêt légitime et l'intérêt public.

Les informations sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au service d'action sanitaire et sociale en charge des prestations extralégales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : le Délégué à la protection – MSA ADL – 43, avenue Albert Raimond - 42275 ST PRIEST EN JAREZ.

Je confirme avoir pris connaissance de mes droits et autorise la Caisse de MSA ADL à utiliser mes données dans le cadre de cette finalité.

Fait à : .....

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).  
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses*