



ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE

Aide à l'accès aux soins pour les personnels actifs et retraités

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

Date limite de réception de la demande dans le service : la date des soins figurant sur le relevé de prestations + 6 mois

Deux objectifs :

- Apporter une aide aux **personnels actifs ou retraités de l'éducation nationale (résidant dans l'académie de Montpellier) et à leurs enfants à charge de moins de 18 ans** sur une partie des dépenses engagées pour certains frais médicaux, optiques, etc.
- Apporter une aide à l'agent qui doit effectuer des trajets ou se loger temporairement à proximité d'un établissement de soins suite à l'hospitalisation de son conjoint ou enfant.

Types de soins pris en charge et critères de recevabilité

La date limite de recevabilité de la demande est fixée à 6 mois à compter de la date de soins figurant sur le relevé de prestations (sécurité sociale et mutuelle). En l'absence de mutuelle, le reste à charge sera calculé après déduction de la base de remboursement appliquée par la MGEN pour chaque type de soins auprès d'un praticien conventionné.

➤ Optique (verres uniquement)

- Aide réservée aux personnels actifs et aux personnels retraités de l'éducation nationale et à leurs enfants à charge de moins de 18 ans,
- Reste à charge plafonné à 200 € par verre,
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Orthodontie enfants à charge de moins de 18 ans**

- Reste à charge plafonné à 150 € par semestre par enfant de moins de 18 ans au premier jour du soin,
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Orthodontie adulte**

- Aide réservée aux personnels actifs et aux personnels retraités de l'éducation nationale,
- Orthodontie liée à une pathologie,
- Reste à charge plafonné à 150 € par semestre,
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Soins dentaires (couronnes dentaires, inlay core, bridges, appareils amovibles)**

- Aide réservée aux personnels actifs, aux personnels retraités de l'éducation nationale et à leurs enfants à charge de moins de 18 ans,
- Reste à charge plafonné à 3050 € par an par agent (le reste à charge est limité au tarif conventionné MGEN),
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Chirurgie réfractive**

- Aide réservée aux personnels actifs et aux personnels retraités de l'éducation nationale,
- Reste à charge plafonné à 250 € par œil,
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Prothèses auditives pour les personnels retraités de l'éducation nationale**

- Reste à charge plafonné à 500 € par appareillage (hors accessoires, piles et frais annexes),
- Montant de l'aide pondérée en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2.

➤ **Frais de transport et/ou d'hébergement en cas d'hospitalisation d'une proche (conjoint ou enfant)**

- Hospitalisation d'un enfant à charge ou du conjoint d'une durée de 48 h minimum
- Certificat médical attestant la nécessité de la présence de l'agent auprès de l'enfant ou du conjoint
- Distance entre résidence administrative et lieu d'hospitalisation supérieure ou égale à 40 km
- Montant journalier fixé à 30€ pondéré en fonction du revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2 et dans la limite de 20 jours d'hospitalisation.

Conditions - Plafond des ressources :

L'attribution de l'aide et son montant sont fonction du **Quotient Familial (QF)** déterminé à partir du **revenu brut global** figurant sur l'avis d'imposition (n-1) portant sur les revenus (n-2) et du nombre de parts.

Le Quotient Familial (QF) ainsi calculé ne doit pas être supérieur à 14500 €.

Comment calculer votre QF :

$$\text{QF} = \frac{\text{Revenu brut global}}{\text{Nombre de parts}}$$

NB : Pour les personnes vivant seules le nombre de part est majoré d'une demi part supplémentaire.

Barème et montant de l'aide

Quotient familial - QF	% de participation
QF ≤ 3750 €	70 %
3750 € < QF ≤ 5250 €	65 %
5250 € < QF ≤ 6500 €	55%
6500 € < QF ≤ 10000 €	45 %
10000 € < QF ≤ 14500 €	35 %

A QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE ?

**Les demandes doivent être adressées par voie postale
Toute demande transmise par courriel ne sera pas recevable**

**Rectorat de MONTPELLIER
DIAP – Action sociale
31 rue de l'université
CS39004
34 064 MONTPELLIER CEDEX 2**



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE

Aide à l'accès aux soins pour les personnels actifs et retraités

Renseignement concernant le demandeur

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom patronymique : _____

N° Sécurité Sociale : __/__/__/__/____/____ Date de naissance : ____/____/____

Célibataire Marié PACS Veuf Séparé Divorcé Concubinage

Situation familiale depuis le : ____/____/____

Adresse personnelle : _____

Tél: __/__/__/__/____ Courriel : _____@_____

Etablissement d'affectation : _____

Grade : _____

Position d'activité au 1^{er} jour de la prestation

oui non si non disponibilité retraite autre : _____

Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

Nom d'usage et prénom : _____

Nom patronymique : _____ né(e) le : ____/____/____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse employeur _____



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ASIA

**Aide à l'accès aux soins pour les
personnels actifs et retraités
Aide aux soins**

N°TIERS CHORUS (partie réservée à l'administration) :

Demande de prestation :
(Compléter et signer une demande par soin et bénéficiaire)

Nom d'usage du demandeur : _____ Prénom : _____

Nom patronymique : _____

Nature des soins :

- Audioprothèses Soins dentaires Chirurgie réfractive Optique
 Orthodontie : enfant adulte

Nom et prénom du bénéficiaire : _____

Date des soins : ___/___/_____

Montant facturé des soins : _____ euros

Participation financière :

- Sécurité sociale : _____ euros
 Mutuelle : _____ euros
 Autre : _____ euros

Reste à charge (montant facturé - participation financière) : _____ euros

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu de prestation de même nature pour les prestations demandées et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à _____, le.....

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »

ASIA
**Aide à l'accès aux soins pour les
personnels actifs et retraités**
Aide à l'hospitalisation d'un proche

N°TIERS CHORUS (partie réservée à l'administration) :

Demande de prestation :
(Compléter et signer une demande par bénéficiaire et par séjour)

Nom d'usage du demandeur : _____ Prénom : _____

Nom patronymique : _____

Nom et prénom de la personne hospitalisée : _____

Lieu d'hospitalisation : _____

Date d'entrée : ___/___/_____

Date de sortie : ___/___/_____

Distance « résidence administrative/lieu d'hospitalisation » : _____

Nombre de jours de visite au cours de l'hospitalisation : _____

Reste à charge sur les frais d'hébergement : _____ euros

(Après remboursement sécurité sociale, mutuelle, assurance et autres aides)

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu de prestation de même nature pour les prestations demandées et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à, le.....

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ASIA- Aide à l'accès aux soins pour les personnels actifs et retraités

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT
à REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE D'ACTION SOCIALE**

Je soussigné (1) _____

Service _____

Adresse _____

Coordonnées téléphoniques : _____

certifie (2) que _____

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « aide à l'accès aux soins » pour la période du ___/___/_____ au ___/___/_____ et de type _____

CACHET

Date et signature originale

du responsable du service d'action sociale

(1) Nom du responsable de l'entreprise

(2) Nom et prénom du conjoint



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Page réservée à l'administration

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE

Aide à l'accès aux soins pour les personnels actifs et retraités

DEMANDE DE PAIEMENT

BOP :

(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS :

(réservé à l'administration)

NOM et Prénom du bénéficiaire : _____

NOM et prénom du bénéficiaire 1 : _____

Montant attribué : _____ N° de DP : _____
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom du bénéficiaire 2 : _____

Montant attribué : _____ N° de DP : _____
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom du bénéficiaire 3 : _____

Montant attribué : _____ N° de DP : _____
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom du bénéficiaire 4 : _____

Montant attribué : _____ N° de DP : _____
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

Pièces à fournir impérativement

- ⇒ copie intégrale du livret de famille tenu à jour
- ⇒ un relevé d'identité bancaire ou postal, original du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- ⇒ copie de l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2 complète et lisible de chaque membre du foyer
- ⇒ photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.
(si conjoint sans activité, joindre notification France travail, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur)
- ⇒ photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- ⇒ copie du contrat de travail de durée initiale de 6 mois pour les agents non titulaires
- ⇒ si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite assortie d'un justificatif de la CAF.
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- ⇒ attestation de l'employeur du conjoint (service d'aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)

⇒ **Justificatifs concernant les soins :**

- **copie du relevé des prestations** : décomptes de remboursement mutuelle et sécurité sociale
- protocole d'accord MGEN/CNSD s'il y a lieu
- **copie des factures acquittées** – **Attention** : les devis ne sont pas pris en compte
- pour les audioprothèses : attestation non versement de la PCH

⇒ **Justificatifs concernant les frais d'hébergement et /ou de transport :**

Pour les dépenses de logement de l'agent accompagnateur :

- **copie** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée
- **copie** des factures de l'hôtel/résidences hôtelières ou maisons d'accueil
- **certificat du médecin** attestant de la nécessaire présence de l'agent auprès de la personne hospitalisée
- **copie du relevé des prestations** : décomptes de remboursements mutuelle et sécurité sociale (ou autres) des frais d'hébergement

Pour les dépenses de transport :

- **copie** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée
- **certificat du médecin** attestant de la nécessaire présence de l'agent auprès de la personne hospitalisée