



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
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 (Q.F)** 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
DAMERAS – Action sociale
31 rue de l'université
CS39004
34 064 MONTPELLIER CEDEX 2**

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE

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

Renseignements 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 le conjoint et/ou le père (la mère)

Nom d'usage et prénom :

Nom patronymique : né(e) le :

Profession : Employeur :

Renseignements concernant les enfants

Nom et prénom

Date de naissance

Situation scolaire

.....
.....
.....
.....
.....

Renseignements concernant les soins

➤ Aide aux soins :

Nature des soins : audioprothèses soins dentaires chirurgie réfractive optique
 orthodontie :
 enfant adulte

Bénéficiaire : Soins effectués en date du :

Coût : €

Participation financière :

Sécurité sociale	:
Mutuelle	:
Autre	:

Total remboursé :
.....

Reste à charge = coût — participation financière =

➤ Hospitalisation d'un proche (conjoint ou enfant à charge)

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 :
(après remboursement sécurité sociale, mutuelle et autres)

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 »

Cadre réservé à l'administration

Revenu brut global : QF :

Nombre de parts :

Type de soins :

Montant attribué : N° de DP :

Type de soins :

Montant attribué : N° de DP :

Montpellier, le

Pour le préfet et par délégation
Pour la rectrice et par délégation,
La cheffe de la DAMÉRAS

Frédérique CHARLEUX

Dossier à renvoyer au

RECTORAT - DAMERAS – Pôle Action Sociale
31 rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2

Tout dossier reçu incomplet sera retourné

Pièces à fournir impérativement

- ⇒ copie intégrale du livret de famille tenu à jour
- ⇒ **un relevé d'identité bancaire ou postale**, original du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- ⇒ **une copie** de l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2 **complète et lisible**
- ⇒ 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 :**
 - **une copie du relevé des prestations** : décomptes de remboursements mutuelle et sécurité sociale
 - protocole d'accord MGEN/CNSD s'il y a lieu
 - **une 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 :

- ♦ **une copie** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée
- ♦ **une 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 l'enfant /conjoint
- ♦ **une copie du relevé des prestations** : décomptes de remboursements mutuelle et sécurité sociale (ou autres) des frais d'hébergement

Pour les dépenses de logement de l'agent accompagnateur :

- ♦ **une copie** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée
- ♦ **certificat du médecin** attestant de la nécessaire présence de l'agent auprès de l'enfant /conjoint



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ASIA- Aide à l'accès aux soins

**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 les soins effectués en date du au
de type

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

CACHET
Date et signature originale
du responsable du service d'action
sociale