

Demande de prestations Dépendance



Nom de la Mutuelle :
Numéro de Contrat :
Nom du gestionnaire Mutuelle : Téléphone :

Identification de l'assuré

N° de Sécurité sociale : <input type="text"/>	
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Commune : Code postal :	
Date d'entrée dans l'Administration :	Date d'entrée dans la Mutuelle :
Date d'adhésion au contrat :	Adhésion par dérogation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sélection médicale effectuée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Restriction formulée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut : Fonctionnaire titulaire ou assimilé : <input type="checkbox"/>	Non fonctionnaire : <input type="checkbox"/>

Identification du sinistre

Date de déclaration du sinistre à la Mutuelle :
Date de reconnaissance de l'état de dépendance par le médecin traitant ou hospitalier :
L'état de dépendance est-il d'origine accidentelle? Oui Non
Prestation demandée : rente hospitalisation rente à domicile

A _____ le _____
Signature du Gestionnaire de la Mutuelle et Cachet :

Cadre réservé à l'Union MFPrévoyance

Médical :

Date de transmission du dossier au secteur médical :
Date de retour du dossier en gestion :

Dépendance reconnue le :

Dépendance refusée le :

Domicile

Hospitalisation

Maladie

Accident

Règlement de mise en service

Éléments de calcul :

Délai de carence du au Début indemnisation le :
Montant mensuel de la rente : Domicile Hospi.

Calcul du prorata en entrée :

Nombres de jours à indemniser : soit un montant de :

Montant global du 1^{er} règlement :

Prorata en entrée =

+ mois de =

+ =

TOTAL =

Observations du Gestionnaire :

Responsable :

Visa :

Responsable :

Visa :

Date :

Signature :

Date :

Signature :

Décision, observations :

Décision, observations :

Liste des pièces justificatives à joindre à la demande de prestation :

- Bulletin d'adhésion si l'adhésion au contrat est intervenue moins d'un an avant la survenance du sinistre
- Certificat d'inscription se rapportant à la date de survenance du sinistre, à la demande de l'Union.
- Certificat médical exposant l'état de dépendance de l'adhérent au contrat, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de la dépendance

- *En cas d'hospitalisation en unité de long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé :*

- Attestation d'hébergement remplie par le responsable du centre

Le certificat médical doit préciser la date d'entrée, le type d'établissement, le type de service, la nature de la prise en charge accordée par la Sécurité sociale (perception du forfait soins, réglé par la Sécurité Sociale)

Si l'assuré bénéficie de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie :

- Décision du Président du Conseil Général du département de résidence de l'adhérent relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

- Relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée

Pour préserver la confidentialité médicales concernant l'assuré, toute pièce médicale doit être mise sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'union MFPrévoyance.



Personne à contacter pour les besoins du sinistre :

M Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'adhérent :

Adresse :

.....

Commune : Code postal :

Numéro de téléphone :