

Je m'identifie en renseignant l'ensemble des champs

Nom _____ Prénom _____ N° adhérent _____
 Date de Naissance _____ Ville et département de naissance _____
 Adresse _____
 Code Postal _____ Ville _____
 N° Téléphone _____ Adresse mail personnelle _____

Important pour toute demande joindre :

- mon dernier avis d'imposition
- mon relevé de prestations familiales fourni par la CAF si je perçois des prestations.

MA DEMANDE CONCERNE	DOCUMENTS À PRODUIRE
<input type="checkbox"/> Optique (achat hors 100% santé)	Prescription ophtalmologue / Facture achat
<input type="checkbox"/> Dentaire (Hors 100% Santé)	Prescription Chirurgien-Dentiste / Facture et devis de la totalité des soins envisagés Pour les devis, la facture acquittée sera exigée pour le règlement définitif
<input type="checkbox"/> Audioprothèse (Hors 100% santé)	Prescription ORL / Facture achats
<input type="checkbox"/> Autres prothèses	Prescription spécialiste / Facture achats
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Prescription spécialiste / Facture achats
<input type="checkbox"/> Hospitalisation (Dépassements honoraires)	Facture hospitalisation
<input type="checkbox"/> Suspension de contrats pour raison de santé (Aide au paiement des cotisations)	Arrêté administratif (ou Décision)
<input type="checkbox"/> Aide à l'achat du matériel médical	Prescription spécialiste / Facture achats
<input type="checkbox"/> Aide pour les proches aidants	Justificatif situation
<input type="checkbox"/> Frais d'accompagnant de déplacement pour les DROM - COM	Justificatif situation / Accord IMA Assistance / Facture achats des billets d'avion

Ma demande est à retourner à fas@mgas.fr en un seul document au format .pdf pour faciliter la lecture et le traitement de cette dernière.

Fait à : _____
 Le : _____

Signature de l'adhérent :

