So' Lyon Mutuelle
Siège Social : 28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS-PIERRE-BENITE

CADRE RESERVÉ A LA MUTUELLE	
Commission du	
Dossier n°	

FONDS D'ACTION SOCIALE
FORMULAIRE DE DEMANDE

Merci de remplir un formulaire par domaine d'intervention.

N° adhérent		**Garantie**	
N° de Sécurité Sociale			
NOM – Prénom			
NOM de jeune fille			
Adresse			
Code Postal		**Ville**	
Téléphone			
Email	@		
Nom de la personne concernée par la demande			

Conjoint (concubin ou pacsé) adhérent à la Mutuelle : Oui ☐ Non ☐

BUDGET	Revenu net/mois
Agent	€
Conjoint, concubin ou pacsé	€
Autres personnes à charge	€
Allocations familiales	€
Allocation logement	€
Pensions / Rentes	€
Autres prestations (CGOS, CNRACL, AAH, IRCANTEC, MSA, Invalidité…)	€
Autres revenus	€
TOTAUX	€
Nombre d'enfant à charge :	
PLAFOND FAS	€

☐ Je certifie sur l'honneur que les informations portées sur ce dossier (2 pages) sont exactes et ne comportent aucune omission.

☐ J'ai bien noté que ces renseignements sont des éléments essentiels pour l'octroi d'une aide et toute fausse déclaration engage ma responsabilité.

Fait à :		**Le :**	

SIGNATURE :

So' Lyon Mutuelle
Siège Social : 28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS-PIERRE-BENITE

JUSTIFICATIFS A JOINDRE (impérativement)

- ☐ Copie de l'avis d'imposition de l'année en cours
- ☐ Justificatif des autres ressources (non incluses dans l'avis d'imposition : rentes, pensions alimentaires, revenus fonciers ou financiers…)
- ☐ Attestation CAF
- ☐ Justificatifs des dépenses de santé (factures acquittées uniquement)~~)~~
- ☐ La prescription médicale datant de moins de 6 mois
- ☐ La décision d'accord ou de refus des aides légales ou extra-légales sollicitées en cas de reste à charge (CAF, CPAM, MDPH et/ou de la Maison du Rhône et/ou CNRACL …) ou une copie de la demande d'aide~~s~~ avec son accusé de réception lors de délais d'instruction longs.
- ☐ Pour les services à domicile, fournir obligatoirement la facture acquittée du prestataire indiquant le nombre d'heures, le restant à charge de l'adhérent, la durée d'intervention ainsi que la prescription médicale (datant de moins de 6 mois)

PARTIE RESERVÉE A SO'LYON MUTUELLE – ne pas remplir

Domaine d'Intervention de l'Aide

- ☐ Audition : prothèses auditives (chargeur inclus)
- ☐ Dentaire : prothèses ou implants (hors nomenclature) et orthodontie
- ☐ Optique : traitement myopie par laser, verres (à l'exclusion des montures) et lentilles (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale)
- ☐ Aides spécifiques en cas de traitement anticancéreux : soins socio-esthétiques (maquillage permanent, perruque, bandeau, soutien-gorge adapté …)
- ☐ Bilans & séances d'ergothérapie, neuropsychologique, psychomotricité et psychothérapie (en lien avec la santé) : lorsque les bilans et les séances sont prescrits par un médecin, depuis moins de six mois, et non remboursés par la Sécurité Sociale. La prescription doit préciser la durée du traitement. En cas de séances hebdomadaires, le dossier doit être constitué d'au moins 4 factures).
- ☐ Services à domicile (aide à domicile ou auxiliaire de vie en lien avec la santé) : sur prescription médicale datant de moins de six mois et sur fourniture de la facture acquittée
- ☐ Handicap : Fauteuil roulant, Aménagement du domicile et de la voiture, appareillage lié au handicap
- ☐ Perte d'Autonomie : Aménagement du domicile et de la voiture, Appareillage lié à la perte d'Autonomie

Coût global :	€
Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle autres organismes (CNRACL…) :	€
Reste à charge pour l'adhérent :	€
Participation FAS proposée :	€

AVIS DE LA COMMISSION	**Montant Accordé :** €
☐ Acceptation ☐ Refus ☐ Demande Complémentaire	**Commentaires :**