



## A REMPLIR PAR L'ORGANISME DEMANDEUR

➤ **N° Sécurité Sociale de la personne hospitalisée :** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

NOM, Prénom : .....

Date de l'hospitalisation : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Date prévisionnelle de retour à domicile : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**SI le demandeur est retraité : il est évalué GIR 5 ou 6 OU un pronostic de récupération de l'autonomie à 2 mois est établi\***  
 **oui**     **non** \* si la demande émane d'une structure d'aide à domicile, joindre obligatoirement le bulletin d'hospitalisation et pour les MSA, un certificat médical indiquant un pronostic de récupération à 2 mois.

➤ **Identification de l'Etablissement de soins ou de la structure d'aide à domicile :**

NOM de la structure : ..... Service : .....

NOM, prénom du référent : ..... Adresse mail : .....

Tel : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Fax : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Fait le** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Signature pour l'organisme demandeur**

PLAN D'AIDE TOTAL PRECONISE		A compléter par la Caisse
<input type="checkbox"/> <b>Aide à Domicile prestataire</b>	Nb d'heures total (période) :  __ __  Prestataire choisi :	<input type="checkbox"/> <b>ACCORD pour la période :</b> DU  __ __ __ __ __  AU  __ __ __ __ __  Nb d'heures total  __ __  Montant .....€ Taux participation de l'assuré : ..... %
<b>Attention : aucun changement de prestataire possible</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Portage de repas</b>	Nom de l'intervenant :	Montant :  _____  €
<input type="checkbox"/> <b>Téléalarme</b>	Nom de l'intervenant :	Montant :  _____  €
<input type="checkbox"/> <b>Protections d'hygiène</b>		Montant :  _____  €
<input type="checkbox"/> <b>REJET par la Caisse &amp; MOTIF :</b>		<b>Total du plan accordé :  _____,_____  €</b>

### CONTACTS POUR LA GESTION DU DOSSIER

Organismes	Prénom	Nom	Téléphone	Mail	Fax
CARSAT MP			05 62 14 88 05	<a href="mailto:sortiehospital@carsat-mp.fr">sortiehospital@carsat-mp.fr</a>	05 62 14 26 93
SSI			05 61 61 62 32 05 61 61 62 33	<a href="mailto:ass.midipyrenees@secu-independants.fr">ass.midipyrenees@secu-independants.fr</a>	05 63 47 05 50
MSA MP Nord			05 63 21 61 39	<a href="mailto:mpnass.blf@mpn.msa.fr">mpnass.blf@mpn.msa.fr</a>	05 63 21 62 64
MSA MP Sud			05 61 10 40 40	<a href="mailto:mps_actionsociale.blf@mps.msa.fr">mps_actionsociale.blf@mps.msa.fr</a>	05 61 10 40 95
CPAM 09	Claude M-Hélène	MARIS EYCHENNE	05 61 65 74 64 05 61 65 88 43	<a href="mailto:ass09@assurance-maladie.fr">ass09@assurance-maladie.fr</a>	
CPAM 12	Christèle	CAPELLE	05 65 77 60 20	<a href="mailto:planir12@assurance-maladie.fr">planir12@assurance-maladie.fr</a>	05 65 77 61 19
CPAM 31	Marie Mathilde	GUERRE	05 61 14 93 68	<a href="mailto:actionsanitaireetsociale@assurance-maladie.fr">actionsanitaireetsociale@assurance-maladie.fr</a>	05 61 14 92 88
CPAM 32	Christophe	NEDJARI	05 81 67 11 09	<a href="mailto:christophe.nedjari@assurance-maladie.fr">christophe.nedjari@assurance-maladie.fr</a>	05 62 05 39 27
	Audrey	ASCARGORTA	05 81 67 11 68	<a href="mailto:solidarite@cpam-auch.cnamts.fr">solidarite@cpam-auch.cnamts.fr</a>	05 62 05 39 27
CPAM 46	Jean-Luc	TESTUT	05 65 20 86 08	<a href="mailto:actionsanitaireetsociale.cpam-cahors@assurance-maladie.fr">actionsanitaireetsociale.cpam-cahors@assurance-maladie.fr</a>	05 65 20 86 09
CPAM 65	Céline	ALBERT	05 62 51 75 46	<a href="mailto:celine.albert@assurance-maladie.fr">celine.albert@assurance-maladie.fr</a>	05 62 51 75 51
	Christelle	ZENTAR	05 62 51 76 93	<a href="mailto:christelle.zentar@assurance-maladie.fr">christelle.zentar@assurance-maladie.fr</a>	
CPAM 81	Colette	BESSIERE	05 67 87 41 56	<a href="mailto:ass81@assurance-maladie.fr">ass81@assurance-maladie.fr</a>	
CPAM 82	Service action sanitaire et sociale CPAM : pradoass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr Coordonnées service PRADO CPAM : prado.cpam-montauban@assurance-maladie.fr				

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande**

*La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code Pénal).*

*En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du Code de la Sécurité Sociale*

Fait à : .....

Le |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Signature du demandeur :