

## ASIA – Aide à l'accès aux soins 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**

### I. 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.

### II. 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 prestation (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 (cf rubrique IV).

#### ➤ 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 (cf rubrique IV).

➤ **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 (cf rubrique IV).

➤ **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 (cf rubrique IV).

➤ **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 (cf rubrique IV).

➤ **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 (cf rubrique IV).

➤ **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 (cf rubrique IV) et dans la limite de 20 jours d'hospitalisation.

### III. 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.

### IV. 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 %

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

**RECTORAT – DAMÉRAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONPELLIER CEDEX2**

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP : .....  
*(réservé à l'administration)*

N° tiers CHORUS : .....  
*(réservé à l'administration)*

NOM et Prénom de l'agent : .....

**1/ AIDE AUX SOINS**

Nom et prénom du bénéficiaire des soins : .....

Date du soin : .....

Type de soin : .....

Montant attribué : ..... €  
*(réservé à l'administration)*

N° de DP : .....  
*(réservé à l'administration)*

Type de soin : .....

Montant attribué : ..... €  
*(réservé à l'administration)*

N° de DP : .....  
*(réservé à l'administration)*

**2/ AIDE AUX TRANSPORT ET A L'HEBERGEMENT**

Nom et prénom de la personne hospitalisée : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Période d'hospitalisation : .....

Montant attribué : ..... €  
*(réservé à l'administration)*

N° de DP : .....  
*(réservé à l'administration)*



N° tiers CHORUS :

RÉGION ACADÉMIQUE OCCITANIE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



## ASIA – Aide à l'accès aux soins Personnels actifs et retraités

### Renseignement 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 durant les soins  oui  non si non  Disponibilité  retraite  autre :

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé parental  oui  non, si oui du ..... au .....

### Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

- **Conjoint (concubin, partenaire ou colocataire)**

Nom d'usage et prénom : .....

Nom patronymique : ..... né(e) le : .....

Profession : ..... Employeur : .....

- **Enfants à charge**

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 pas perçu de prestation de même nature pour ces soins 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 la rectrice et par délégation,  
Le responsable de la DAMÉRAS

Michel WAREMBOURG

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

**RECTORAT – DAMÉRAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONPELLIER CEDEX2**

**Tout dossier incomplet sera retourné**

### **ATTENTION (1)**

**Un parent (mère ou père) est considéré comme "isolé" lorsqu'il se trouve dans un des cas suivants:**

- il vit seul dans un logement où ne vit pas un autre adulte qui ne soit pas à sa charge;
- il vit dans un logement où réside un autre adulte qui n'est pas à sa charge, et avec lequel il ne pourrait pas se marier ou conclure un Pacs (par exemple: père, mère, grands-parents (ascendants), enfant à charge ou non (descendants), frère, sœur, cousin (collatéral)).

Concubinage: Une personne vivant en concubinage n'est pas considérée comme parent isolé.

## Pièces à fournir impérativement

- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles des personnes vivant au foyer**
- **si vous êtes « parent isolé »(1)** : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'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)
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.
- copie du contrat de travail de durée initiale de 6 mois pour les agents non titulaires
- dernier bulletin de salaire du demandeur et de son conjoint (ou titre de pension)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- pour les retraités : justificatif de domicile

- **Justificatifs concernant les soins :**

- **deux copies du relevé des prestations** : décomptes de remboursements mutuelle et sécurité sociale
- protocole d'accord MGEN/CNSD s'il y a lieu
- **deux copies 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 :*

- ♦ **deux copies** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée
- ♦ **deux copies** 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
- ♦ **deux copies 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 :*

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





RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



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**