

**BORDEREAU DE TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

NIR (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'identification Défense \_\_\_\_\_

Adresse civile \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal

Numéro du dossier d'identification

Date de création -- / -- / ----

**BESOIN EXPRIME PAR LE BENEFICIAIRE \* (en lien avec les pièces justificatives jointes)**

**Logement**

Aménagement maison

**Communication**

Matériel informatique

**Déambulation et transport**

Fauteuil roulant

Grand appareillage

Aménagement voiture

**Optique**

Lunettes, montures et verres

Lentilles

Chirurgie réfractive

Aide visuelle

**Dentaire**

Prothèses

Implants

Compléments sur orthodontie

Prestations de parodontologie

Matériel d'ODF et travaux

**Auditif**

Prothèses, boucles magnétiques,  
réparations embouts, frais de poste

**Hospitalisation**

Forfait journalier

Frais de séjour en chambre particulière

T.M. hospitalisation

**Divers**

Nutriments

Dépassements d'honoraires

Actes non remboursables

Petit appareillage, lecteur de glycémie

Couches et alèses

Pharmacie

Sinistrés

Hébergement cure

Maison de retraite

Psychomotricité

Accompagnant séjour

Accompagnant transport

Hébergement de la famille

Alimentation

Transports

Formation-reconversion (hors dispositif ARD)

Scolarité des enfants

Protection particulière

Autre

\* un bordereau par type de demande

## PARTENAIRE EMETTEUR

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre                | <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de la Marine  |
| <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air                | <input type="checkbox"/> Cellule d'aide aux blessés et malades du Service de santé des armées   |
| <input type="checkbox"/> Caisse nationale militaire de sécurité sociale                | <input type="checkbox"/> Direction générale de la Gendarmerie nationale   |
| <input type="checkbox"/> Action sociale des armées – code ASA                          | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| <input type="checkbox"/> Office national des anciens combattants et victimes de guerre | <input type="checkbox"/> Mutuelle militaire (UNEQ)  |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle militaire (UNEQ)                                     | <input type="checkbox"/> Prévoyance (TEGO)  |

Date, signature et cachet du partenaire émetteur

(1) Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (arts. 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code Pénal). L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi ou de l'administration fiscale (article L114-12 du code de la Sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers (articles L114-19 et suivants du CSS).

(2) L'objet de cet imprimé est de permettre la gestion d'un dossier de demande d'aide, sous forme d'un traitement informatique, déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et dont la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est responsable. Ces informations obligatoires pourront être consultées par les partenaires choisis ci-dessus. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'accéder à ces informations, de les faire rectifier et de vous y opposer, droits que vous pouvez exercer à tout moment auprès de la CNMSS.

**Une fois complété et visé, le partenaire émetteur transmet ce document accompagné des pièces justificatives (devis, facture...) et dans un même envoi, à l'adresse mail suivante :**

**du-opex@cnmss.fr**