

Calcul du quotient familial

Formule de calcul du quotient familial

$$\frac{1/12^{\text{ème}} \text{ du revenu fiscal de référence}}{\text{nombre de part}}$$

Détermination du nombre de part

Composition de la famille	Nombre de parts
Couple sans enfant	2
Couple avec 1 enfant	2,5
Couple avec 2 enfants	3
Couple avec 3 enfants	4
Couple avec 4 enfants	5
Couple avec 5 enfants	6
Couple avec 1 enfant bénéficiaire AEEH	3
Couple 1 enfant bénéficiaire - parent titulaire carte d'invalidité	3
Personne isolée sans enfant	2
Personne isolée avec 1 enfant	2,5
Personne isolée avec 2 enfants	3
Personne isolée avec 3 enfants	4

Fonds Social de l'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles

FAMEXA

Comité Départemental d'Action Sociale - 3, rue Hervé de Guébriant - 29412 LANDERNEAU CEDEX - Tél. 02 98 85 79 79

Service Prestations d'action sociale

Tél. 02 98 85 79 79

Fax. 02 98 85 59 50

Aide à la santé

Demandeur

Vous sollicitez une aide financière pour vos frais de santé.

Afin d'examiner votre demande, veuillez remplir toutes les rubriques de ce questionnaire.

N° d'immatriculation : _____ Date de naissance : _____

Nom - Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Tél. _____ Portable : _____

Mail : _____

Organisme complémentaire

Bénéficiez-vous d'une Mutuelle complémentaire ? Oui Non

Nom de la Mutuelle : _____

Objet de la demande

Prothèse dentaire Prothèse auditive Prothèse capillaire Frais d'optique

Soins d'orthodontie Séances psychomotricité Forfaits journaliers

Autre (à préciser) : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et autorise le service d'Action sociale à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

A _____, le _____.

Signature

Pièces justificatives à joindre

- ◆ La facture des soins.
- ◆ Le décompte de remboursement MSA.
- ◆ Le décompte de remboursement de la Mutuelle.
- ◆ Dernier avis d'impôt.

Versement :	Au demandeur <input type="checkbox"/>	A un tiers, précisez : _____
-------------	---------------------------------------	------------------------------

I - BENEFICIAIRES

Peuvent bénéficier de ce prêt les exploitants agricoles, conjoints collaborateurs, aides familiaux assurés à l'AMEXA.

II - OBJET

La participation financière concerne les dépenses liées à la santé : prothèses (dentaires, auditive, capillaire et optique), soins d'orthodontie, séances psychomotricité et forfaits journaliers.

III - CONDITIONS D'OCTROI

Dépenses liées aux prothèses, orthodontie, psychomotricité :

Pour les personnes bénéficiant d'un quotient familial inférieur à 650 €, la prise en charge maximale par année civile peut s'élever à 40 % du restant à charge (remboursement légal et complémentaire déduite) dans la limite de 600 €.

Pour les personnes bénéficiant d'un quotient familial compris entre 650 € et 850 €, la prise en charge maximale par année civile peut s'élever à 30 % du restant à charge (remboursement légal et complémentaire déduits) dans la limite de 500 €.

Dépenses liées aux forfaits journaliers :

La prise en charge des forfaits journaliers n'est pas soumise à conditions de ressources, mais est plafonnée, par année civile à 30 jours maximum x 50 % du restant à charge (remboursement légal et complémentaire déduits) x forfait journalier en vigueur (psychiatrie ou autre).

IV - CRITERES D'EXCLUSION

- La mutuelle est obligatoire,
- Les frais de réparation sont exclus.

V - COMMENT PROCEDER

➤ **La demande** : vous devez retourner la présente demande remplie et signée à l'Action sociale de la MSA - 3, rue Hervé de Guébriant 29412 Landerneau cedex ou au GAMEX - 310, rue Ernest Hemingway - CS 11815 29218 Brest cedex. C'est sur la base de ces éléments que la demande sera étudiée.

➤ **La décision** : après étude de la demande, vous serez avisé par écrit de la décision.