Caisse de Prévoyance Sociale
Te Fare Turuuta'a
Votre Protection Sociale, Notre Métier

DEMANDE D'AIDE SOCIALE AUX PRODUITS ET PRESTATIONS DE SANTE

(Fonds d'action sociale, Fonds social de retraite)

DEMANDEUR

BENEFICIAIRE DES SOINS *(à remplir obligatoirement par l'assuré ou son représentant légal)*

Nom _____ DN _____

Prénom _____ Né(e) le J J / M M / A A A A

Adresse courrier : _____

Dom. _____ Bur. _____ Port. _____

Courriel _____

ASSURE ou REPRESENTANT LEGAL *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré ou si le bénéficiaire est sous tutelle)*

Nom _____ DN _____

Prénom _____ Né(e) le J J / M M / A A A A

PRISE EN CHARGE (à remplir par le fournisseur)

Référence de la demande d'entente préalable : **EPM** _____ établie le J J / M M / A A A A

☐ 1ère DEP en date du J J / M M / A A A A ☐ Renouvellement en date du J J / M M / A A A A

PRESTATIONS (à remplir par le fournisseur)

Description de la prestation (matériel médical, médicaments, ...)	Périodicité de facturation (hebdomadaire, mensuel, ...)	Tarif en Fcfp

Signature du demandeur		Signature et cachet du fournisseur
Demandeur	*Le demandeur et le fournisseur attestent sur l'honneur, chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements portés sur cette demande. Ils s'engagent à faciliter toutes enquêtes pour les vérifier et à informer la CPS ou la DAS de toutes modifications concernant leur situation.* Date J J / M M / A A	Fournisseur

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Contrôle médical

Régime de protection sociale de l'assuré :

☐ Salarié ☐ Solidarité ☐ Non salarié

Avis DEP : ☐ Favorable ☐ Défavorable

Période(s) accordée(s) : _____

Cachet et visa

Service social de la CPS ou DAS

Avis : ☐ Favorable ☐ Défavorable

Période(s) accordée(s) : _____

Période(s) accordée(s) sous réserve de l'ouverture des droits et évaluation sociale : _____

Cachet et visa

F8101 - 060417

IMPORTANT : «Est passible des peines applicables en matière de faux et d'usage de faux prévues par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée.»

CPS - Service Contrôle médical - BP 1- 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 20 - Fax : 40 45 01 34 - Email : controlemédical@cps.pf - Site : www.cps.pf - N° TAHITI 183707

«Conformément à la loi informatique et liberté n°78-17 du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concerne auprès de notre organisme.»