



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA DÉFENSE

cerfa
N°14821*03

DU OPEX – BESOIN DU BENEFICIAIRE BORDEREAU DE TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

N I R (numéro de sécurité sociale)

NOM (en majuscules) Prénoms

Date de naissance Numéro d'identifiant 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)

- | | |
|---|---|
| <p>Logement</p> <p><input type="checkbox"/> Aménagement maison</p> <p>Communication</p> <p><input type="checkbox"/> Matériel informatique</p> <p>Déambulation et transport</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Grand appareillage</p> <p><input type="checkbox"/> Aménagement voiture</p> <p>Optique</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes, montures et verres</p> <p><input type="checkbox"/> Lentilles</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgie réfractive</p> <p><input type="checkbox"/> Aide visuelle</p> <p>Dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèses</p> <p><input type="checkbox"/> Implants</p> <p><input type="checkbox"/> Compléments sur prix des séances d'orthodontie</p> <p><input type="checkbox"/> Prestations de parodontologie</p> <p><input type="checkbox"/> Matériels d'ODF et travaux réalisés au delà de 16 ans</p> <p>Auditif</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèses, boucles magnétiques, réparations, embouts, frais de poste</p> | <p>Hospitalisation</p> <p><input type="checkbox"/> Forfait journalier</p> <p><input type="checkbox"/> Frais de séjour en chambre particulière</p> <p><input type="checkbox"/> T.M. hospitalisation</p> <p>Divers</p> <p><input type="checkbox"/> Nutriments</p> <p><input type="checkbox"/> Dépassements d'honoraires</p> <p><input type="checkbox"/> Actes non remboursables</p> <p><input type="checkbox"/> Petit appareillage, lecteur de glycémie</p> <p><input type="checkbox"/> Couches et alèses</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> Sinistrés</p> <p><input type="checkbox"/> Hébergement cure</p> <p><input type="checkbox"/> Maison de retraite</p> <p><input type="checkbox"/> Psychomotricité</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnant séjour</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnant transport</p> <p><input type="checkbox"/> Hébergement de la famille</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Transports</p> <p><input type="checkbox"/> Formation-reconversion (hors dispositif ARD)</p> <p><input type="checkbox"/> Scolarité des enfants</p> <p><input type="checkbox"/> Protection particulière</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> |
|---|---|

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"/> Direction générale de la Gendarmerie nationale |
| <input type="checkbox"/> Caisse nationale militaire de sécurité sociale | |
| <input type="checkbox"/> Action sociale Défense - Code ASD <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Service de santé des armées |
| <input type="checkbox"/> Office national des anciens combattants et victimes de guerre | <input type="checkbox"/> Sous direction des pensions |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle militaire (UNEO) | <input type="checkbox"/> Prévoyance (AGPM) |
| | <input type="checkbox"/> Prévoyance (GMPA) |

Date, signature et cachet du partenaire émetteur



Une fois complété et visé, le partenaire émetteur transmet ce document suivi des pièces justificatives (devis, facture...), par télécopie et dans un même envoi, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au :

04 94 16 80 45