

# NOTICE D'INFORMATION



Caisse de Prévoyance et de Retraite  
du Personnel Ferroviaire

## DEMANDE DE PRESTATION SPÉCIALE D'ACCOMPAGNEMENT (PSA) POUR LES DÉPARTEMENTS 11, 15, 17, 19, 22, 23, 29, 31, 40, 46, 47, 49, 52, 53, 56, 58, 62, 66, 69, 73, 93, 973, 974.

### QU'EST-CE QUE LA PSA ?

C'est une prestation en nature (remboursement de dépenses), à caractère médical, non soumise à condition de ressources et non renouvelable.

Elle contribue à l'autonomie du bénéficiaire en favorisant le maintien à domicile ou en participant aux frais d'hébergement dans un établissement pour personnes âgées.

La **PSA à domicile** se traduit par une participation financière pour des services, prestations, compléments de remboursement maladie, aménagements ou équipements non pris en charge par la Caisse au titre de l'Assurance Maladie, par l'APA ou par l'aide sociale départementale aux personnes âgées.

Son montant total est de **5 573 euros<sup>(1)</sup>** par personne dont 2 000 euros maximum pouvant être utilisés pour des dépenses liées à l'amélioration de l'habitat.

La **PSA en établissement** prend en charge une partie des frais d'hébergement.

La prise en charge est calculée sur **80 % du forfait hébergement dans la limite de 5 573 euros<sup>(1)</sup>**.

Un complément de **1 500 euros** est versé exclusivement aux bénéficiaires de la PSA affiliés à la Caisse qui n'ont pas atteint, au moment de la demande, le plafond versé au titre de la PSA (5 573 euros).

### QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA PSA ?

- Les bénéficiaires relevant du régime spécial de la SNCF (agents en activité, retraités, conjoints).
- Ex conjoints d'agents ou de retraités titulaires d'une pension de réversion du fait du décès de l'agent ou du retraité.
- Les veufs(ves) d'agent ou de retraité titulaires d'une pension de réversion versée par le régime spécial de la SNCF.
- Anciens agents retraités relevant en priorité d'un autre régime de sécurité sociale.
- Enfants célibataires, de l'affilié ou de son conjoint, atteints d'une affection grave nécessitant un traitement de longue durée qui les met dans l'incapacité temporaire ou permanente de travailler : titulaires de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH).

### QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ?

Pour tous, 3 conditions sont requises :

- Être âgé de 60 ans et plus.
- Avoir un degré d'autonomie déterminé « GIR » compris entre 1 et 4.
- Pour la PSA domicile, être bénéficiaire de l'APA.

#### IMPORTANT

La PSA prend effet en cas d'accord de la Caisse à compter de la date de réception du formulaire de demande PSA, sous réserve de recevoir l'intégralité des pièces justificatives demandées et qu'à cette même date l'assuré ne soit pas décédé. Si ces conditions sont remplies, les factures établies à compter de la réception du formulaire de demande PSA, peuvent donner lieu à participation.

## COMMENT FORMULER VOTRE DEMANDE ?

Votre demande doit être envoyée par voie postale ou via votre espace personnel, accompagnée obligatoirement des documents suivants :

### → Pour la PSA à domicile

- Formulaire de demande de PSA dûment complété.
- Notification de l'attribution de l'APA à domicile avec le numéro de GIR.
- Plan d'aide définitif et détaillé de l'APA.

A réception du dossier complet, nous vous ferons parvenir un questionnaire médical destiné au médecin traitant. Ce questionnaire permettra au médecin conseil de la Caisse d'évaluer les besoins pouvant contribuer au maintien à domicile.

### → Pour la PSA en établissement

- Formulaire de demande de PSA dûment complété.
- Attestation de présence dans l'établissement avec indication de la date d'entrée.
- Grille AGGIR établie par l'établissement.

## COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES ?

### Pour la PSA à domicile

Notre participation financière, correspondant aux besoins estimés par notre médecin conseil, est versée mensuellement sous forme d'une allocation forfaitaire.

Les factures originales acquittées, correspondant à ces versements, vous seront réclamées par courrier dans un délai de 5 mois.

Dans le cadre de dépenses liées à l'amélioration de l'habitat, vous devrez nous adresser obligatoirement la facture originale acquittée accompagnée de la lettre d'accord.

### Exemple d'aide au maintien à domicile

- Aide à domicile (portage de repas, accueil de jour, garde de nuit, etc...).
- Prise en charge de certaines prestations complémentaires (déplacements chez le dentiste, au cabinet de spécialistes, etc...).
- Adaptation du logement (aménagement de la salle de bains, pose d'une rampe d'accès au domicile, etc...)

### Pour la PSA en établissement

Vous devez attendre la réception de la lettre d'accord pour nous adresser vos demandes de participation. Vous pouvez nous les faire parvenir, mensuellement, par courrier ou directement à partir de votre Espace personnel. Attention, en cas d'envoi par l'Espace personnel, vous devez conserver les originaux qui pourront vous être demandés.

**Nous sommes là pour vous accompagner dans votre démarche. Vous avez la possibilité de vous rapprocher de la Caisse ou de demander un rendez-vous dans une antenne proche de chez vous.**

**Pour cela, contactez-nous :**

- Soit en ligne via votre Espace personnel, rubrique « mes échanges » > « demander un RDV »,
- Soit par téléphone au 04 95 04 04 04.

En tant qu'organisme de sécurité sociale, nous contribuons à la politique globale de prévention et de lutte contre la fraude. Aussi, nous contrôlons les prestations servies et nous vous rappelons que la fraude aux prestations sociales constitue une infraction pénale, passible de deux ans d'emprisonnement et/ou de 30 000 euros d'amende (article 441-6 du code pénal).



## DEMANDE DE PRESTATION SPÉCIALE D'ACCOMPAGNEMENT

Article 5.1 du décret n°2010-1362 du 10 novembre 2010

### Formulaire à utiliser uniquement pour les départements

11,15,17,19, 22, 23, 29, 31, 40, 46, 47, 49, 52, 53, 56, 58, 62, 66, 69, 73, 93, 973, 974

### LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et prénom(s) : .....

N° de sécurité sociale : ..... Matricule SNCF : .....

Date de naissance : .....

Adresse @ : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

### SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE (cocher la/les case(s) correspondante(s))

Âgé(e) de 60 ans et plus : ..... OUI  NON

Degré d'autonomie GIR : .....

Pour la PSA à domicile, bénéficiaire de l'APA : OUI  NON

#### Situation :

Assuré(e) / Retraité(e) / Conjoint(e) :

Ex conjoint(e) d'agent ou de retraité(e) :

Veuf(ve) :

Ancien agent retraité(e) :

Enfant célibataire :

### LE DEMANDEUR (si différent du bénéficiaire)

Nom et prénom(s) : .....

Adresse @ : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

Cochez la case si vous souhaitez être destinataire des courriers concernant la PSA

### VOTRE DEMANDE CONCERNE (cocher la case correspondante)

La PSA en établissement :

La PSA à domicile :

Date de la demande : .....

Signature :

### **PENSEZ A VERIFIER LES DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE**

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement (UE) 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant et de rectification de celles\*ci. Ces droits s'exercent auprès du délégué à la protection des données de la CPRPF.

Le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'un organisme de protection sociale une prestation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (Article 441-6 du code pénal)