



**l'Assurance
Maladie**

COMPLÉTEZ CETTE FICHE DE SIGNALEMENT AVEC LES INFORMATIONS DE L'ASSURÉ(E)

Nom : Prénom :

Téléphone :

Adresse mail :

Nir :

Situation professionnelle :

Renoncement :

- Consultation généraliste
- Consultation spécialiste
- Achats de médicaments
- Achats de lunettes
- Soins dentaires
- Gynécologie
- Ophtalmologie
- Autre :

Depuis quand dure le renoncement ? (minimum 6 mois)

TRANSMETTEZ-NOUS VOTRE SIGNALEMENT :

Par courrier : PFIDASS CPAM 13 13421 Marseille cedex 20

Par mail : 944.pfidass.cpam-marseille@assurance-maladie.fr

Par tél : 0 811 910 009 [Service 0,06€/min + prix appel]

ameli.fr

© Getty Images - DEP pfidass 04/2018

RENONCER À DES SOINS N'EST PAS UN CHOIX.

ENSEMBLE, TROUVONS DES SOLUTIONS.

Aujourd'hui, 1/4* des assurés rencontrés en CPAM déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

Au quotidien, vous êtes confronté à des assurés en situation de renoncement aux soins. Vous pouvez les orienter vers le nouveau dispositif d'accompagnement personnalisé proposé par l'Assurance Maladie.

QUEL EST VOTRE RÔLE ?



Identifier les assurés en difficulté

- En abordant la question du renoncement aux soins.
- En complétant le questionnaire permettant d'effectuer un signalement à l'Assurance Maladie.



Recueillir le consentement de l'assuré

- Pour s'assurer de son engagement à être accompagné dans la réalisation de ses soins.



Transmettre ces informations à la CPAM de votre département

COMMENT FAIRE ?

Pour que l'assuré bénéficie du dispositif, il suffit de compléter le questionnaire et de l'adresser par e-mail, fax ou courrier à la CPAM de votre département. Par la suite, un conseiller de la CPAM prend contact avec l'assuré pour lui proposer un accompagnement personnalisé.

QUEL ACCOMPAGNEMENT POUR L'ASSURÉ ?

L'accompagnement s'effectue par contacts téléphoniques, e-mails, ou lors de rendez-vous selon les besoins de l'assuré.

L'Assurance Maladie met en place un suivi personnalisé, en plusieurs étapes, jusqu'à la réalisation effective des soins :



L'accès aux droits

- Un bilan exhaustif de la situation est effectué en fonction de plusieurs critères. Il permet d'identifier les éventuels droits non-couverts et les aides dont il peut bénéficier.



L'accès aux soins

- L'orientation dans le parcours de soins, pour guider l'assuré, si besoin, vers des professionnels de santé, dans le respect du principe du libre choix.
- Un travail en lien avec l'ensemble du réseau partenarial.
- Un éventuel accompagnement d'ordre financier pour diminuer le montant des restes à charge.

Vous êtes informé à chaque étape de l'accompagnement.

* Sondage réalisé entre 2015 et 2017 auprès des assurés fréquentant l'accueil des CPAM (données issues des diagnostics réalisés par l'Observatoire des non recours aux droits et aux services).