

RENONCER  
À DES SOINS  
N'EST PAS  
UN CHOIX.



## Plate-Forme d'accès aux soins et à la santé PFIDASS

*Une réponse concrète au  
renoncement aux soins*

**Objectif** : accompagner les assurés qui renoncent à se soigner vers la réalisation effective de leurs soins, que ce renoncement soit lié à une absence de droits ou de complémentaire santé, à un problème de guidance dans le système de santé ou à un problème de financement des soins à réaliser.

La personne est recontactée dans un délai de 8 à 10 jours par une conseillère spécialisée qui l'informe, la conseille et l'accompagne le temps nécessaire à la réalisation de ses soins. Elle dispose d'un numéro de téléphone et d'une adresse mail pour contacter sa conseillère et pourra également la rencontrer si besoin.

Selon la situation, l'accompagnement PFIDASS peut consister à réaliser un bilan des droits, expliquer les droits et les aides possibles, aider au choix d'une complémentaire santé, élaborer des plans d'aide financière, orienter vers les professionnels de santé...

### Comment saisir la PFIDASS ?



❶ Vous constatez que la personne ne réalise pas certains soins ou elle vous déclare elle-même avoir besoin de soins qu'elle ne peut pas réaliser,



❷ Vous lui expliquez le rôle de la plate-forme d'accès aux soins et vous recueillez son consentement oral pour être accompagnée par la CPAM,



❸ Vous transmettez le formulaire de saisine renseigné avec nom, prénom, numéro de sécurité sociale, n° de téléphone et la nature des soins non réalisés ainsi que votre mail si vous souhaitez être informé(e) de la prise en charge et du suivi :

par mail à [pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr](mailto:pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr)

RENONCER  
À DES SOINS  
N'EST PAS  
UN CHOIX.



## Plate-Forme d'accès aux soins et à la santé PFIDASS

*Une réponse concrète au  
renoncement aux soins*

**Objectif** : accompagner les assurés qui renoncent à se soigner vers la réalisation effective de leurs soins, que ce renoncement soit lié à une absence de droits ou de complémentaire santé, à un problème de guidance dans le système de santé ou à un problème de financement des soins à réaliser.

La personne est recontactée dans un délai de 8 à 10 jours par une conseillère spécialisée qui l'informe, la conseille et l'accompagne le temps nécessaire à la réalisation de ses soins. Elle dispose d'un numéro de téléphone et d'une adresse mail pour contacter sa conseillère et pourra également la rencontrer si besoin.

Selon la situation, l'accompagnement PFIDASS peut consister à réaliser un bilan des droits, expliquer les droits et les aides possibles, aider au choix d'une complémentaire santé, élaborer des plans d'aide financière, orienter vers les professionnels de santé...

### Comment saisir la PFIDASS ?



❶ Vous constatez que la personne ne réalise pas certains soins ou elle vous déclare elle-même avoir besoin de soins qu'elle ne peut pas réaliser,



❷ Vous lui expliquez le rôle de la plate-forme d'accès aux soins et vous recueillez son consentement oral pour être accompagnée par la CPAM,



❸ Vous transmettez le formulaire de saisine renseigné avec nom, prénom, numéro de sécurité sociale, n° de téléphone et la nature des soins non réalisés ainsi que votre mail si vous souhaitez être informé(e) de la prise en charge et du suivi :

par mail à [pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr](mailto:pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr)

## SAISINE PFIDASS

### Plate-forme d'accès aux soins et à la santé

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom : .....

Prénom : .....

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone : ...../...../.....

Mail : .....@.....

#### Soins à réaliser :

consultation généraliste / spécialiste

intervention chirurgicale

soins dentaires

achat de médicaments

appareils auditif

achats de lunettes/lentilles

autre, précisez :.....

Actions déjà amorcées par le partenaire détecteur :

Précisez : .....

.....

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra être éventuellement contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / prénom :

Structure :

Mail :

Téléphone :

Saisine à transmettre par mail à

[pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr](mailto:pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr)

## SAISINE PFIDASS

### Plate-forme d'accès aux soins et à la santé

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom : .....

Prénom : .....

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone : ...../...../.....

Mail : .....@.....

#### Soins à réaliser :

consultation généraliste / spécialiste

intervention chirurgicale

soins dentaires

achat de médicaments

appareils auditif

achats de lunettes/lentilles

autre, précisez :.....

Actions déjà amorcées par le partenaire détecteur :

Précisez : .....

.....

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra être éventuellement contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / prénom :

Structure :

Mail :

Téléphone :

Saisine à transmettre par mail à

[pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr](mailto:pfidass.cpam-montauban@assurance-maladie.fr)