

**FORMULAIRE DE SAISINE DE LA PLATE-FORME D'INTERVENTION
DEPARTEMENTALE POUR L'ACCES AUX SOINS ET LA SANTE (PFIDASS)**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val d'Oise

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé le :

1) pour être contacté et accompagné par les agents de la PFIDASS : Oui Non

2) pour que la PFIDASS communique au détecteur
les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin : Oui Non

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

Nom : _____ Prénom : _____

N°SS : _____ N° de tél : _____

Email : _____

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez :

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Retraité Salarié Sans emploi : RSA AAH Indemnisé pôle emploi Autre :

En cas de difficultés y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? Oui Non

3. QUELS SOINS NE SONT PAS REALISES

Consultations chez un médecin généraliste

Consultations ou acte chez un spécialiste, précisez :

Intervention chirurgicale Séances kinésithérapie Soins et actes dentaires, précisez :

Achats de médicaments Appareillages auditifs Analyses ou examens médicaux

Achats de lunettes ou lentilles adaptées Autre, précisez :

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ? UN PROBLEME :

D'accès aux droits : *Création de dossier Mutation Mise à jour des droits Problème avec la carte vitale*

D'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre complémentaire santé

D'avance des frais De transports De démarches trop compliquées (non connaissance de praticien,
besoin d'accompagnement)

De délais de RV trop longs Refus de soins d'un praticien Autre, préciser :

SELON L'ASSURE, CE RENONCEMENT AUX SOINS ENTRAINE-T-IL DES CONSEQUENCES ?

Sur le maintien à domicile Oui Non Professionnelles Oui Non

Informations utiles permettant à la PFIDASS de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation

EST CE ?

Un renoncement détecté ou Un renoncement exprimé

QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DETECTEUR A-T-IL DEJA AMORCEES ?

Précisez :

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

Nom / Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de téléphone :

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM du Val d'Oise

Par email : pfidass@cpam-cergyponoise.cnamts.fr

PRECISIONS ET ACTIONS ENGAGEES