



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# **Présentation de la Mission Accompagnement Santé**



# SOMMAIRE

**01**

CONTEXTE ET ENJEUX

**02**

LA MISSION ACCOMPAGNEMENT  
SANTÉ

**03**

LES DIFFÉRENTS TYPES DE  
RENONCEMENTS

**04**

DEROULEMENT D'UN  
ACCOMPAGNEMENT

**05**

COMMENT NOUS SIGNALER UNE  
SITUATION

**06**

CAS PRATIQUES

**07**

SERVICE DES AIDES FINANCIÈRES

# 01

## CONTEXTE ET ENJEUX

## LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

- **Nous faisons un double constat concernant les personnes en situation de précarité:**

- une détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe
- un non-recours aux soins plus important

- **Un quart des français a renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois** (source Odenore, Irdes)

La raison principale à ces renoncements est financière, mais d'autres difficultés peuvent venir en plus (distance, densité médicale, difficulté d'obtenir un RDV, de comprendre le système de soins...)

- **15% des français sont aujourd'hui en difficulté avec le numérique** (baromètre du numérique CREDOC 2023)

- **Taux de recours à la C2S ( participative et non participative)** (selon rapport annuel 2023 gouv,fr)



Types CSS	taux de recours
C2S NP	69%
C2S P	56%

- **Handicap et accessibilité** (source baromètre Handifaction 2021 )

- Selon une enquête 39.2% des répondants n'ont pu être soignés, parmi lesquels 22.5% ont abandonné les démarches et 16% ont subi un refus de soins.

# 02

## LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ (MAS)

## COORDONNER, ORGANISER ET/OU RÉALISER L'ACCOMPAGNEMENT DES ASSURÉS DANS LE CADRE DE

- ➡ Difficultés d'accès aux droits (Complémentaire Santé Solidaire, Médecin traitant...)
- ➡ De renoncement ou de difficulté d'accès à des soins (difficultés financières, géographiques, temporelles, handicap...)
- ➡ De fragilité face au numérique

*Elle a également pour mission d'orienter vers le service social de l'Assurance Maladie les situations de fragilité sociale complexes*

## ZOOM SUR LE 100% SANTÉ

L'offre « 100 % Santé » pour les lunettes, les audioprothèses et certains soins dentaires (couronnes, bridges, prothèses fixes et amovibles) donne accès à des soins et des équipements pris en charge à 100 % (après remboursement par l'Assurance Maladie et des mutuelles).

### Auditif

Reste à charge 0 pour les appareils auditifs de classe 1

### Dentaire

Appareils et dispositifs entièrement pris en charge :

- Dentiers partiels ou complets en résine
- Réparation ou changement d'éléments de ces dentiers
- Couronnes
- Bridges
- ...

### Optique

Prise en charge de montures et de verres pour toutes les corrections. Au minimum 17 montures doivent être proposées par l'opticien,



**Pour bénéficier du 100% santé l'assuré doit avoir une mutuelle avec un contrat « responsable »**

# 04

## DÉROULEMENT D'UN ACCOMPAGNEMENT

# DE LA DÉTECTION À L'ACCOMPAGNEMENT : LE PARCOURS TYPE



# 05

## COMMENT NOUS SIGNALER DES SITUATIONS

# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : LA FICHE SAISINE

Lorsque vous constatez un renoncement aux soins

- S'assurer du consentement de l'assuré pour le dispositif
- Remplir et envoyer une fiche saisine par mail ou via l'Espace Partenaires (partenaires conventionnés)

Au recto :

- **La modalité de détection** : en face à face ou par téléphone
- **Précision de l'objet de l'accompagnement** demandé :
  - difficultés d'accès aux droits
  - renoncement ou difficulté d'accès à des soins
  - renoncements ou difficulté d'accès à des soins liés à un handicap
  - fragilité face au numérique
  - Situation sociale complexe => *Cette situation justifie une orientation directe vers le service social de l'AM*
- Les **coordonnées de l'assuré** : Nom, Prénom, date de naissance, Téléphone, mail
- Les **coordonnées du détecteur** et l'indication des **premières démarches** effectuées par celui-ci

**l'Assurance Maladie** Caisse nationale  
Agir ensemble, protéger chacun

**MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ**  
FORMULAIRE PARTENAIRES

DATE DE LA SAISINE

ACCOMPAGNEMENT SANTÉ SOLlicité DANS LE CADRE<sup>(1)</sup> :

DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS

DE RENONCEMENT OU DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS

DE RENONCEMENT OU DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS LIÉS À UN HANDICAP

DE FRAGILITÉ FACE AU NUMÉRIQUE

DE SITUATION SOCIALE COMPLEXE

COORDONNÉES DE L'ASSURÉ(E)<sup>(1)</sup> :

NOM DATE DE NAISSANCE

PRÉNOM N° DE TÉLÉPHONE

NIR EMAIL

COORDONNÉES DU DÉTECTEUR QUI POURRA ÉVENTUELLEMENT ÊTRE CONTACTÉ PAR LA CPAM POUR DES PRÉCISIONS :

NOM/PRÉNOM EMAIL

STRUCTURE N° DE TÉLÉPHONE

QUELLES ACTIONS LE DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ ENGAGÉ :

DOSSIER DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE  DOSSIER D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

AUTRE

(1) Ne pas cocher sans justification. Maximum, les actes doivent permettre une prise en charge plus rapide sous l'accompagnement de l'AM.

FORMULAIRE DE SAISINE (PARTENAIRES)

# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : LA FICHE SAISINE

Au verso :

- **En cas de renoncement ou difficultés d'accès à des soins,** plusieurs précisions sont attendues pour faciliter le démarrage de l'accompagnement et la première prise de contact avec l'assuré :
  - Le(s) type(s) de soin(s) non réalisé(s)
  - La durée du renoncement ou de la difficulté
  - Les causes de ce renoncement ou de cette difficulté
- **Le consentement de l'assuré** qui doit se matérialiser par sa signature
- **Les mentions d'information pour l'assuré :** traitement des données, durée de conservation, droit d'accès et de rectification, droit de réclamation



Pensez à rajouter un commentaire lors de l'envoi pour préciser le numéro de sécurité social et le renoncement (médecin généraliste, dentaire, soins de chirurgie...)



**PARTIE À COMPLÉTER EN CAS DE RENONCEMENT OU DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS :**

**QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS ?**

<input type="checkbox"/> CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISÉE	<input type="checkbox"/> CHIRURGIE
<input type="checkbox"/> ACTE CHEZ UN SPÉCIALISTE, ANALYSES OU EXAMENS MÉDICAUX (soins dentaires, infirmiers, de kinésithérapie, radiologie, biologie...)	<input type="checkbox"/> PHARMACIE
<input type="checkbox"/> DISPOSITIFS MÉDICAUX (OPTIQUE, AUDITIF, PETIT ET GRAND APPAREILLAGE...)	<input type="checkbox"/> AUTRE

**DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?**

MOINS DE 3 MOIS   
  DE 3 MOIS À 1 AN   
  PLUS D'1 AN   
  PLUS DE 2 ANS

**QUELLES EN SONT LES CAUSES ? UN PROBLÈME :**

<input type="checkbox"/> D'ACCÈS AUX DROITS (médecin traitant, couverture assurance maladie et/ou complémentaires, ALD)	<input type="checkbox"/> DE TRANSPORT
<input type="checkbox"/> DE RESTE À CHARGER	<input type="checkbox"/> DE DÉMARCHES TROP COMPLIQUÉES
<input type="checkbox"/> D'AVANCE DES FRAIS	<input type="checkbox"/> DE REFUS DE PRISE EN CHARGE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ
<input type="checkbox"/> DE DÉLAIS DE RDV TROP LONGS	
<input type="checkbox"/> AUTRE	

**À faire signer par l'assuré(e) ou à défaut, en cas de défection à distance, lui communiquer les informations ci-après (dans ce cas, un courriel lui sera adressé pour confirmer son accompagnement) :**

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à la Mission accompagnement santé de ma Caisse d'assurance maladie afin d'être contacté(e) pour un accompagnement santé personnalisé et d'un suivi adapté.

**Signature de l'assuré(e) :**

**Mention d'information pour l'assuré(e) :**

La mise en oeuvre de ce service d'accompagnement nécessite le traitement de données à caractère personnel vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Le traitement vise à permettre l'accompagnement et le suivi de votre dossier pour votre accès aux soins et à la santé, sauf opposition expresse de votre part, vos données peuvent être traitées à des fins d'évaluation et d'études. Vos données ne sont pas conservées au-delà de 18 mois après la fin de l'action d'accompagnement. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à l'effacement en adressant une demande écrite au directeur de votre caisse primaire d'assurance maladie de rattachement ou à son délégué à la protection des données. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information amel.fr. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

\*\* DOCUMENT À TRANSMETTRE À LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ DE LA CAISSE DE RATTACHEMENT DE LA BARRIÈRE \*\*

FORMULAIRE DE SAISINE (PARTENAIRES) 2

## LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : LA FICHE SAISINE

### Envoi du formulaire :

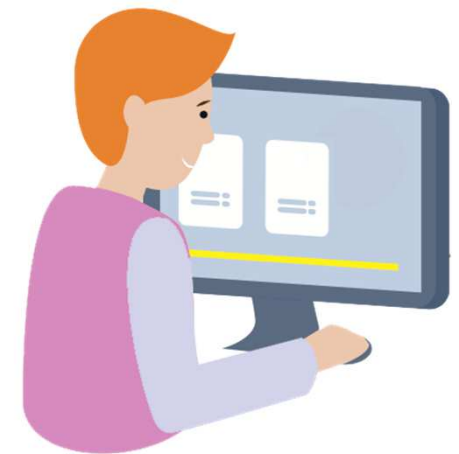
- le formulaire doit être adressé, **signé par l'assuré**, à la Mission accompagnement santé **par mail ou en renseignant les éléments directement via l'Espace Partenaires pour les partenaires conventionnés**.
- Dans l'hypothèse où la détection aurait été faite à distance et que la signature n'aurait pas été possible, il appartiendra à la Mission Accompagnement Santé de prendre contact avec l'assuré pour valider avec lui son souhait d'être accompagné.
- **Mail pour nous contacter** : [mission-accompagnement-sante.cpam-haute-savoie@assurance-maladie.fr](mailto:mission-accompagnement-sante.cpam-haute-savoie@assurance-maladie.fr)



## LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : LE RETOUR SUITE AUX DÉTECTIONS

Le partenaire est informé par mail à chaque étape :

- **Prise de contact avec l'assuré et commencement de l'accompagnement**
- **Arrêt de l'accompagnement en cas d'abandon ou de saisine non pertinente**
- **Fin de l'accompagnement avec réalisation des soins**



# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : 4 RÉFÉRENTS TERRITORIAUX

➤ **4 référentes sur Annecy**

➤ **2 référente sur Cluses**

[mission-accompagnement-sante.cpam-haute-savoie@assurance-maladie.fr](mailto:mission-accompagnement-sante.cpam-haute-savoie@assurance-maladie.fr)

➤ **Permanences assurées chaque mois dans les agences d'Annemasse et de Thonon les Bains.**

# 06

## CAS PRATIQUES

# DIEGO AVEC UN ACCOMPAGNEMENT ABOUTI

Diego 37 ans, est en instance de divorce et a la garde de sa fille gravement malade.

Il travaille à temps plein mais sur des horaires de jour et de nuit. A la suite de sa séparation il a dû changer ses horaires et travailler uniquement de jour afin de s'occuper de sa fille mais cela engendre une diminution de ses ressources.

Il est perdu face aux démarches à réaliser principalement en ligne.

Il renonce à des soins globalement pour cause de reste à charge et de complexité des démarches d'accès aux soins. De plus la santé de sa fille est prioritaire pour lui.



**Repérage**  
Par le **partenaire conventionné**



**Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires**



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Conception du plan d'accompagnement avec l'assuré et identification des partenaires à solliciter**



**Appel de l'assuré pour :**

- Recueillir son consentement
- Identifier ses problématiques de santé et ses besoins :
- **Droits / démarches**
- **Soins / santé**
- **Orientation dans le système de soins**
- **Inclusion numérique**
- **Situation sociale complexe**



**Mise en œuvre du plan d'accompagnement**



**Mail de motif de clôture de dossier** envoyé au partenaire



**Clôture de l'accompagnement avec actions proposées :**

- Droits**
- **Accord pour la Complémentaire santé solidaire**
- Soins**
- **Accord pour une aide financière ponctuelle (fond d'Action Sanitaire et Sociale)**
- **Réalisation d'un examen de prévention en santé**
- Orientations**
- **Orientation vers des structures partenaires en relais d'inclusion numérique**
- **Orientation vers la CAF pour le parcours séparation et l'évaluation de la situation financière précaire (prime d'activité)**
- **Orientation vers le service social de l'Assurance Maladie pour un accompagnement visant à prévenir et limiter l'impact social de la maladie et de ses répercussions sur la vie familiale, professionnelle et économique (aidant)**

# DIEGO AVEC UN ACCOMPAGNEMENT NON ABOUTI



## Repérage

Par le **partenaire conventionné**



**Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires**



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Mail de motif de clôture de dossier** envoyé au partenaire

**L'accompagnement ne démarre pas car Diego a des pistes pour un nouvel emploi plus adapté à ses contraintes personnelles.**  
Il ne souhaite pas pour l'instant être accompagné dans ses démarches de santé.

**Clôture de l'accompagnement avec le motif « L'assuré ne souhaite plus être accompagné »**

Diego 37 ans, est en instance de divorce et a la garde de sa fille gravement malade.

Il travaille à temps plein mais sur des horaires de jour et de nuit. A la suite de sa séparation il a dû changer ses horaires et travailler uniquement de jour afin de s'occuper de sa fille mais cela engendre une diminution de ses ressources.

Il est perdu face aux démarches à réaliser principalement en ligne.

Il renonce à des soins globalement pour cause de reste à charge et de complexité des démarches d'accès aux soins. De plus la santé de sa fille est prioritaire pour lui.



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# VANESSA AVEC UN ACCOMPAGNEMENT ABOUTI

Vanessa, 25 ans, maman d'un enfant de 2 ans et étudiante en BTS tourisme est dans une situation financière précaire (RSA) et fait quelques heures de ménage chez des particuliers (multi-employeurs).

Elle vit dans un logement insalubre et néglige sa santé. Elle est considérée comme une grosse fumeuse. De plus, elle souffre de troubles du sommeil.

Elle a besoin de soins dentaires prothétiques importants mais le reste à charge est trop élevé et elle sait que ce sera un frein dans sa future recherche d'emploi.

Elle n'a pas de médecin traitant et a perdu sa carte Vitale depuis plusieurs mois. Elle n'est pas couverte par une complémentaire santé.



**Repérage**  
Par le **partenaire conventionné**



**Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires**



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Conception du plan d'accompagnement et identification des partenaires à solliciter**



**Appel de l'assuré pour :**

- recueillir son consentement
- Identifier ses problématiques de santé et ses besoins :
- **Droits / démarches**
- **Soins / santé**



**Mise en œuvre du plan d'accompagnement**



**Clôture de l'accompagnement avec actions proposées :**

**Droits**

- **Renouvellement de la carte Vitale**
- **Accord de la Complémentaire santé solidaire (RSA)**

**Soins**

- **Réalisation des soins dentaires à hauteur du 100% santé sans reste à charge**
- **Aide à la recherche d'un médecin traitant**
- **Prise de rendez-vous et réalisation de Mon bilan prévention 18 – 25 ans**
- **Mon soutien PSY**

**Orientations**

- **Orientation vers le service social du Département qui pourra l'accompagner dans ses démarches avec les autres partenaires (CAF, CCAS, Conseil département)**



**Mail de motif de clôture de dossier** envoyé au détecteur



**l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# VANESSA AVEC UN ACCOMPAGNEMENT NON ABOUTI

Vanessa, 25 ans, maman d'un enfant de 2 ans et étudiante en BTS tourisme est dans une situation financière précaire (RSA) et fait quelques heures de ménage chez des particuliers (multi-employeurs).

Elle vit dans un logement insalubre et néglige sa santé. Elle est considérée comme une grosse fumeuse. De plus, elle souffre de troubles du sommeil.

Elle a besoin de soins dentaires prothétiques importants mais le reste à charge est trop élevé et elle sait que ce sera un frein dans sa future recherche d'emploi.

Elle n'a pas de médecin traitant et a perdu sa carte Vitale depuis plusieurs mois. Elle n'est pas couverte par une complémentaire santé.



**Repérage**  
Par le **partenaire conventionné**



**Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires**



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Conception du plan d'accompagnement et identification des partenaires à solliciter**



**Appel de l'assuré pour :**

- recueillir son consentement
  - Identifier ses problématiques de santé et ses besoins :
- **Droits / démarches**
  - **Soins / santé**



**Mail de motif de clôture pour transfert de dossier à une autre caisse envoyé au partenaire**

**L'accompagnement est interrompu**

Vanessa a déménagé et ne fait plus partie de la circonscription de la caisse d'Assurance Maladie.

La caisse de la nouvelle circonscription prend le relais de l'accompagnement.



**l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# ADELINE AVEC UN ACCOMPAGNEMENT ABOUTI



Adeline, 21 ans, est accompagnée par la Mission Locale. Elle vit chez sa mère.

Elle a des difficultés pour se déplacer dû à une malformation orthopédique, cause de son échec scolaire. Elle a besoin de soins orthopédiques prothétiques importants mais le reste à charge est trop élevé. Ne pouvant pas assumer une nouvelle paire de chaussures orthopédiques, elle ne peut pas prétendre au stage en entreprise que lui propose la Mission Locale.

L'orthopédiste lui a délivré un devis très onéreux et n'a pas accepté la demande de l'assurée d'échelonner les paiements

Compte tenu de sa situation et celle de sa mère, les banques refusent tout prêt.

Elle n'a plus de médecin traitant. Sa mère sans emploi possède un contrat basique de complémentaire santé qui ne prend pas en charge les soins dont Adeline a besoin.



## Repérage

Par le **partenaire conventionné**



## Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires



## Mail de notification de prise en charge envoyé au partenaire



## Le conseiller accompagnement santé analyse la situation



## Conception du plan d'accompagnement et identification des partenaires à solliciter



## Appel de l'assuré pour :

- recueillir son consentement
- Identifier ses problématiques de santé et ses besoins :
- **Droits / démarches**
- **Soins / santé**
- **Handicap**



## Mise en œuvre du plan d'accompagnement



## Mail de motif de clôture de dossier envoyé au partenaire



## Clôture de l'accompagnement avec actions proposées : Droits

- **Résiliation du contrat basique au profit d'une complémentaire avec une meilleure prise en charge du risque orthopédique**
- **Aides financières de l'organisme complémentaire et de la caisse, plus aucun reste à charge (fond d'Action Sanitaire et Sociale)**

## Soins

- **Médecin traitant trouvé pour Adeline et sa mère**
- **Le médecin a exercé un bilan prévention 18 – 25 ans pour Adeline**
- **Le professionnel de santé a revu son devis à la baisse et accepte un paiement échelonné si besoin à l'avenir**

## Orientations

- **MDPH pour une RQTH**
- **Adeline a pu effectuer son stage ...réussi car l'entreprise l'a embauchée en CDI.**



**l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# ADELINE AVEC UN ACCOMPAGNEMENT NON ABOUTI



Adeline, 21 ans, est accompagnée par la Mission Locale. Elle vit chez sa mère.

Elle a des difficultés pour se déplacer dû à une malformation orthopédique, cause de son échec scolaire. Elle a besoin de soins orthopédiques prothétiques importants mais le reste à charge est trop élevé. Ne pouvant pas assumer une nouvelle paire de chaussures orthopédiques, elle ne peut pas prétendre au stage en entreprise que lui propose la Mission Locale.

L'orthopédiste lui a délivré un devis très onéreux et n'a pas accepté la demande de l'assurée d'échelonner les paiements

Compte tenu de sa situation et celle de sa mère, les banques refusent tout prêt.

Elle n'a plus de médecin traitant. Sa mère sans emploi possède un contrat basique de complémentaire santé qui ne prend pas en charge les soins dont Adeline a besoin.



**Repérage**  
Par le **partenaire conventionné**



**Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires**



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Mail de motif de clôture de dossier** envoyé au partenaire

**L'accompagnement ne démarre pas car Adeline est injoignable**  
3 appels avec message vocal sur le répondeur, 1 SMS

**Clôture de l'accompagnement avec le motif « Injoignable »**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# PHILIPPE AVEC UN ACCOMPAGNEMENT ABOUTI



# PHILIPPE AVEC UN ACCOMPAGNEMENT PARTIELLEMENT ABOUTI



Philippe, 57 ans, travailleur indépendant, veuf, 1 enfant.

Philippe a besoin de soins dentaires et de lunettes. Il n'a pas de mutuelle et ne peut pas financer ses soins. Ses ressources ont diminué depuis le décès de son épouse et a besoin d'aide pour percevoir la pension de réversion.

Il a des difficultés dans le paiement de ses cotisations à l'URSSAF. Son fils de 17 ans a perdu sa carte vitale



## Repérage

Par le **partenaire conventionné**



## Signalement par le partenaire sur Espace Partenaires



**Mail de notification de prise en charge** envoyé au partenaire



**Le conseiller accompagnement santé analyse la situation**



**Conception du plan d'accompagnement et identification des partenaires à solliciter**



## Appel de l'assuré pour :

- recueillir son consentement
- Identifier ses problématiques de santé et ses besoins :

- **Droits / démarches**
- **Soins / santé**
- **Situation sociale complexe**



**Mail de motif de clôture de dossier** envoyé au partenaire

## Accompagnement partiellement abouti

Philippe s'est vu ouvrir des droits à la complémentaire santé. Après cela, il s'est dit autonome pour continuer ses démarches seul.



**l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# 07

## LE SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE – AIDES FINANCIERES

## LE SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE – AIDES FINANCIERES

L'Assurance maladie a la possibilité d'accorder, sur son fond d'Action Sanitaire et Sociale, des aides financières exceptionnelles aux assurés en situation difficile et ayant un reste à charge face à une dépense de santé.

- Ces aides sont soumises à condition de ressources, et restent exceptionnelles et ponctuelles.
- Chaque situation est étudiée lors de Commissions d'Action Sanitaire et Sociale.



# LE SERVICE DES AIDES FINANCIÈRES : LES TYPES D'AIDES

- **Aide financières individuelles**

- Dentaire
- Orthodontie
- Frais divers (pharmacie...)
- Forfaits journalier

- **Perte de salaire**

- **Aide aux invalides**

- **Aide au retour et maintien à domicile**

- Aide aux personnes handicapées
- Ergothérapie
- Aide au retour d'hospitalisation ou maintien à domicile (aides ménagères...)
- Soins palliatifs

- Cures thermales (hébergement)
- Semelles orthopédiques/prothèses capillaires

- **Prestations supplémentaires**

- Ticket modérateur en cas d'hospitalisation
- Frais de transports vers le centre d'examen de santé
- Compléments d'indemnités journalières maternité
- ...

*liste consultable sur [Ameli.fr](http://Ameli.fr)*

- **Aide au paiement d'une mutuelle dans le cadre d'un accompagnement MAS**

## ACCÈS FORMULAIRE ASS

### Documents disponibles via le lien ci-dessous:

<https://www.ameli.fr/haute-savoie/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/aides-financieres-individuelles>

### Documents en ligne:

- ✓ Dossier de secours exceptionnel (CASS 163), et liste des aides financières possibles
- ✓ Demande d'aide ménagère
- ✓ Liste des structures pour soins palliatifs

# PIECES A FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE

## Ressources du foyer

**Salarié:** ressources sur les 3 derniers mois précédant la demande

**Indépendants :** dernier relevé trimestriel

**Chômeurs, retraités:** pas de justificatif (sauf si autre source de revenus)

**Pour TOUS:** dernier avis d'imposition + notification CAF

## Charges du foyer

**Logement :**Loyer, prêt immobilier, charges de copropriété, taxe foncière

**Energies:** électricité, gaz, fioul, bois

**Autres:** assurances obligatoires (habitation, auto, santé), facture téléphone/internet

**Echéancier de surendettement**

## Pièces obligatoires pour toute demande :

**Certificat médical** (selon le motif de la demande)

**Devis détaillé** précisant les remboursements CPAM et mutuelle

Si autres aides accordées pour le même motif : justificatif précisant le montant attribué

## PIÈCES NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN PAIEMENT

Paiement possible à l'**assuré**, ou à un **tiers** (en lieu et place de l'assuré)

Pièces spécifiques à fournir selon la situation:

### *Paiement à un professionnel de santé*

Délégation de paiement

Facture originale

Décompte mutuelle ou refus de prise en charge

Si praticien non référencé Ameli: CNI et RIB

### *Paiement au bailleur PUBLIC*

Délégation de paiement

Carte d'identité

Facture et RIB du bailleur

Contrat de bail privé et carte d'identité du bailleur

### *Paiement au bailleur PRIVE*

Délégation de paiement

Carte d'identité

Facture et RIB du bailleur

Contrat de bail privé et carte d'identité du bailleur



# **l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

