



Je suis partenaire de la solidarité et je signale...

Une situation de renoncement ou difficultés d'accès aux soins



Page dédiée sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

<https://www.ameli.fr/calvados/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/mission-accompagnement-sante>

Option 1 : je retourne le formulaire



Formulaire

https://www.cpam141.fr/formulaires/Formulaire_saisine_MAS.pdf

Le formulaire est à retourner à la CPAM en cliquant sur le lien ci-dessous :

<https://bluefiles.com/app/drop-page/d88da702c29114b997d3a8142dddc18ec0b972df0aea7c4585ac379e75ba1f84/>

Option 2 : j'utilise l'espace partenaires

Ouvrir l'offre de service « Signaler une situation de difficulté d'accès aux droits et aux soins »

Signaler une situation de difficulté d'accès aux droits et aux soins
 Vous souhaitez faire un signalement de difficulté d'accès aux droits et aux soins pour un assuré : Dossiers complets (déroulé de droits, LI complets...), Droits, Situation d'urgence, Saisine mission accompagnement santé, Suivi traitement d'une demande faite par l'assuré.

Motif de la demande *

Sélectionner un motif

Personne concernée

Civilité *
 Madame Monsieur

Nom * Prénom *

Date de naissance * Lieu de naissance *
DP du Département de naissance ou Libellé du pays

Téléphone *

Pièces jointes
Fichiers acceptés pdf, word (doc, docx), excel (xls,.xlsx), csv, ppt, png, jpeg. Taille de pièce jointe maximum 5 Mo, 8 pièces jointes maximum.

Télécharger vos fichiers
Glisser/déposer ou cliquer ici pour ajouter vos fichiers.

Liste des pièces jointes
 Aucune pièce jointe enregistrée.

Commentaires * (2000 caractères maximum)

Annuler VALIDER

Motif de la demande *

Sélectionner un motif

Sélectionner un motif

Autre motif de signalement

Saisine mission accompagnement santé

Situation d'urgence

Choisir le motif « Saisine mission accompagnement santé »

Signaler une situation de difficulté d'accès aux droits et aux soins
 Vous souhaitez faire un signalement de difficulté d'accès aux droits et aux soins pour un assuré : Dossiers complets (déroulé de droits, LI complets...), Situation d'urgence, Saisine mission accompagnement santé.

Motif de la demande *

Saisine mission accompagnement santé

Consentement de l'assuré *

J'assure avoir obtenu le consentement de l'assuré et de son représentant légal si applicable.

Accompagnement santé sollicité dans le cadre de * :

Difficultés d'accès aux droits Recouvrement ou difficultés d'accès à des soins

Recouvrement ou difficultés d'accès à des soins liés à un handicap Fragilité face au handicap Situation sociale complexe

Personne concernée

Civilité *
 Madame Monsieur

Nom * Prénom *

Date de naissance * Lieu de naissance *
DP du Département de naissance ou Libellé du pays

Téléphone *

Pièces jointes
Fichiers acceptés pdf, word (doc, docx), excel (xls,.xlsx), csv, ppt, png, jpeg. Taille de pièce jointe maximum 5 Mo, 8 pièces jointes maximum.

Télécharger vos fichiers
Glisser/déposer ou cliquer ici pour ajouter vos fichiers.

Liste des pièces jointes
 Aucune pièce jointe enregistrée.

Commentaires * (2000 caractères maximum)

Annuler VALIDER

Recueil du consentement de l'assuré

Choix du ou des motifs de sollicitation de la MISAS

Champs d'informations obligatoires concernant l'assuré détecté

Possibilité de nous adresser des documents relatifs aux difficultés de l'assuré

Possibilité de saisir un commentaire (hors données personnelles et/ou médicales)