

# MÉMO ESPACE PARTENAIRES

OFFRES DE SERVICE	MOTIFS DE SOLLICITATION	
<p><b>CONTACTER VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE</b></p>	<p>Connaître les offres de service de l'organisme d'Assurance Maladie</p> <p>Connaître les évolutions législatives et réglementaires</p> <p>Gérer la convention de partenariat</p> <p>Signaler des modifications du ou des compte(s) Gestionnaire(s) PARTENAIRE</p>	<p>Questions relatives aux relations partenariales et aux conventions</p>
<p><b>DEMANDER UN DOCUMENT</b></p>	<p>Attestation de droits</p> <p>Autre type de document</p> <p>Certificat provisoire CEAM</p> <p>Formulaire carte vitale</p> <p>Offres de prévention</p>	<p>Tous les documents sont envoyées à l'assuré</p> <p><i>Seuls les partenaires délégataires (organismes de tutelles, Aide sociale à l'enfance) sont habilités à recevoir les attestations pour les assurés</i></p>
<p><b>DEMANDER UN RENDEZ-VOUS POUR UN ASSURÉ</b></p>	<p>Capital décès</p> <p>Examen de Prévention santé</p>	<p>=&gt; <b>demande de code provisoire</b> (uniquement pour les organismes de tutelles)</p> <p>=&gt; <b>demande de rendez-vous</b> pour un bilan de santé sur le territoire de la Côte d'Opale</p>
<p><b>SIGNALER UNE SITUATION DE DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS</b></p>	<p>Autre motif de signalement</p> <p>Saisine mission accompagnement santé</p> <p>Saisine mission accompagnement santé</p>	<p>=&gt; <b>poser une question</b></p> <p>=&gt; <b>transmettre une saisine</b> : renoncement aux soins, difficultés d'accès aux soins</p> <p>Besoin d'aide pour repérer ces situations ? voici quelques questions types :</p> <p>- <i>Avez-vous réalisé tous les soins dont vous avez besoin ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non =&gt; quels soins vous ne pouvez pas réaliser ?</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Dentiste</p> <p><input type="checkbox"/> Optique/appareil auditif</p> <p><input type="checkbox"/> Pédiacre/podologue/kiné/orthophoniste</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p><i>Pourquoi ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Le rendez-vous est trop éloigné</p> <p><input type="checkbox"/> Le reste à charge est trop important ?</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne trouve pas de professionnel de santé et de rendez-vous ?</p> <p>- <i>Avez-vous une mutuelle ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui (convient-elle ? est-elle trop chère ?)</p> <p><input type="checkbox"/> Non. Souhaitez-vous être accompagné dans la recherche d'une mutuelle ? Constituer une demande de CSS ?</p> <p>=&gt; <b>la CSS arrive à échéance</b></p> <p>L'assuré est hospitalisé et n'est pas à jour de ses droits, il n'a pas de Médecin traitant pour le prendre en charge à sa sortie...</p>

OFFRES DE SERVICE	MOTIFS DE SOLLICITATION	
SOUMETTRE UNE DEMANDE D'ÉTUDE DE DOSSIER	Demande d'aide financière	<p>=&gt; déposer un dossier d'aide financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour du reste à charge relatif aux soins,</li> <li>- pour la cotisation annuelle d'une mutuelle</li> </ul>
	Etude de C2S	<p>=&gt; dépôt d'un dossier de CSS complet</p> <p> Les questions relatives aux dossiers de CSS sont à transmettre sous l'offre « signaler une situation de difficulté d'accès aux droits et aux soins » et choisir le motif « autre motif de signalement »</p>
	Ouverture de droits	<p>=&gt; dépôt d'une demande d'immatriculation, un rattachement d'un enfant, changement d'adresse, perte de carte vitale, déclaration grossesse</p>
	Autres motifs de dossier	<p>=&gt; dépôt dossier invalidité, Indemnités journalières...</p>

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR


**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

### ASSURÉS SANS CSS

- Formulaire de demande daté et signé
- Dernier avis d'imposition
- Justificatifs de ressources des 3 derniers mois
- Justificatifs des charges
- Devis ou factures acquittées
- Prescription médicale (pharmacie, pédicure, ostéopathie...)

### ASSURÉS AVEC CSS AU MOMENT DES SOINS

- Formulaire de demande daté et signé
- Prescription médicale (pharmacie, pédicure, ostéopathie...)
- Devis ou factures acquittées


**ÉTUDE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE**

### ÉTUDE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

- Formulaire S3711 complété et signé
- N° allocataire
- Dernier avis d'imposition



**Si accord CSS avec participation** -> ne pas oublier de retourner le bulletin d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement datés et signés (2 signatures à faire pour le mandat de prélèvement) + RIB


**OUVERTURE DE DROITS**

### DEMANDE D'IMMATRICULATION : 1ère immatriculation

#### Obligatoire

- Formulaire S1106
- Copie de la carte d'identité
- Le RIB personnel

- Copie du contrat de travail ou dernière fiche de paie si sans emploi
- copie de la pièce d'identité
- justificatif de 3 mois de résidence et si hébergé attestation d'hébergement

### DEMANDE D'IMMATRICULATION : Ayant droit

#### Obligatoire

- Formulaire S1110
- Copie du contrat de travail ou dernière fiche de paie si sans emploi
- copie de la pièce d'identité
- justificatif de 3 mois de résidence et si hébergé attestation d'hébergement

#### Facultatif mais recommandé

- Copie de la carte d'identité
- Le RIB personnel
- Copie de la carte d'identité
- Le RIB personnel

### ASSURÉS NÉS À L'ÉTRANGER

#### Obligatoire

- Formulaire S1106
- Copie de la carte d'identité recto/verso ou passeport
- Tous justificatifs attestant de 3 mois sur le territoire
- titre de séjour ou n° d'AGDREF
- RIB

#### Facultatif mais recommandé

- acte de naissance en langue original,
- contrat de travail si actif

### MUTATION : TRANSFERT D'UN AUTRE ORGANISME

- Formulaire S750
- carte d'identité, RIB, Fiche de paie

### DEMANDE DE RATTACHEMENT D'UN ENFANT

- Formulaire S3705
- Acte de naissance ou livret de famille
- Si enfant ASE (Document de sortie de l'ASE)
- jugement de garde