

# Formulaire de détection de la PFIDASS

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

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

Nom : .....

.....

Prénom : .....

N° de Sécurité sociale : .....

Tél. : .....

Email : .....

.....

• **Situation socio-professionnelle**

Retraité    Salarié    Sans emploi

Autres

• **Quels soins ne sont pas réalisés ?**

Dentaire

Optique

Auditif

Autre

• **Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté par l'équipe PFIDASS pour des précisions :**

Nom : .....

.....

Prénom : .....

Structure : .....

Tél. : .....

Email : .....

.....

Document à transmettre à la CPAM des Landes  
par email :

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

• **Commentaires**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Engagement réciproque

Par ce contrat, la CPAM des Landes s'engage à proposer un accompagnement personnalisé, à apporter toute aide dans les démarches afin de permettre à M. ou Mme .....  
.....  
demandeur de ce contrat de service, de réaliser les soins nécessaires au regard de son état de santé.

A cet effet, la CPAM des Landes s'engage à mobiliser ses équipes, les prestations financières et les aides possibles (dans le respect des textes réglementaires et sous réserve d'une décision favorable de la commission d'action sociale).

En contrepartie, M. ou Mme ..... s'engage :

- **A donner suite aux appels téléphoniques émis par la CPAM des Landes (notamment en rappelant la CPAM lorsque celle-ci laisse un message sur répondeur) et suivre l'accompagnement proposé jusqu'à son terme.**
- **A honorer les rendez-vous proposés, avec son accord, par la CPAM des Landes.**
- **A consulter le médecin traitant ou chirurgien-dentiste dans un délai raisonnable.**

Je ne souhaite pas que le partenaire soit informé du contenu de mon accompagnement.

Fait à Mont-de-Marsan, le .....

Signature de l'assuré(e)