Accès aux droits et aux soins

Un enjeu au cœur des missions de l'Assurance Maladie

Contexte et enjeux

- **En 2018, 6 % de la population vit en zone sous-dense**. Cette proportion dépasse les 10 % en Centre Val-de-Loire, en Ile-de-France, Guadeloupe, en Martinique et en Guyane.

- **13 millions de français sont aujourd'hui en difficulté avec le numérique** (baromètre du numérique CREDOC, 2018)

- **Taux de recours à la CMUC et à l'ACS** (Source DREES 2018)

Nombre de personnes éligibles		taux de recours
CMUC	entre 6,6 et 7,9 millions	Entre 56 % et 68 %
ACS	entre 2,9 et 4,2 millions	Entre 33 % et 47 %

- **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…)

Contexte et enjeux

Trois réformes et une mission pour renforcer l'accès aux droits et aux soins

1. 2016 : Mise en place de la Protection Universelle Maladie => Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie

2. 2019 : Déploiement de la Complémentaire Santé Solidaire en remplacement de la CMUC et de l'ACS => Avec ou sans participation (maximum 1€ par jour), elle permet aux personnes ayant des revenus modestes de ne plus payer le médecin, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, les médicaments; les dispositifs médicaux et la plupart des lunettes, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives.

3. 2019-2021 : Déploiement progressif du 100% santé qui permet la prise en charge à 100% d'un panier de soins et d'un large choix d'équipements de qualité pour tous dans le domaine de l'optique, des prothèses auditives et dentaires

4. Focus sur la Mission d'Accompagnement en Santé

La Protection Universelle MAladie

PUMA

Les grands principes de la PUMA

1- Garantir la continuité des droits dans la prise en charge des « frais de santé » :

Tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficient désormais pleinement du droit à la prise en charge de leurs frais de santé.

Les grands principes de la PUMA

2- Suppression des règles et conditions actuelles d'ouverture du droit à la prise en charge des frais de santé (droit aux prestations en nature)

- Attribution de droits à la prise en charge des frais de santé par la seule vérification du respect d'un double critère :

  - critère d'activité professionnelle ou de résidence stable

  et

  - critère de régularité

- Ces droits ne sont plus limités dans le temps

Les grands principes de la PUMA

3- La suppression du statut d'ayant droit majeur :

Tous les adultes sont ou deviendront à l'âge de 18 ans des assurés à part entière disposant de leurs propres comptes, gage d'individualisation, de continuité et d'autonomie dans la gestion de leurs droits.

La Complémentaire Sante Solidaire

Etat des lieux Hauts de France fin 2018

CPAM	Nbre de bénéficiaires CMUC ACS au 31/12/2018
Aisne	66 492
Artois	133 026
Côte d'Opale	70 996
Flandres	52 247
Hainaut	128 626
Lille Douai	118 347
Oise	77 005
Roubaix Tourcoing	97 650
Somme	67 484
Hauts de France	**811 873**

- Le 1er novembre 2020 a marqué le premier anniversaire de l'entrée en vigueur de la Complémentaire Santé Solidaire.
- Destinée à faciliter l'accès aux droits des personnes aux revenus modestes et à leur offrir une meilleure protection en matière de couverture santé, la Complémentaire Santé Solidaire est la fusion et la rénovation de la CMU-C et de l'ACS.

Retour sur la première année d'existence d'un dispositif unifié, plus simple, plus large et plus protecteur, qui concerne plus de 10 millions de personnes en France…

Une Complémentaire Santé Solidaire bien plus protectrice, pour un coût moindre.

Plus protectrice

- La Complémentaire Santé Solidaire permet l'accès, **sans reste à charge pour l'assuré**, à une très large gamme de soins.
- Elle complète le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les consultations chez un professionnel de santé, les médicaments, les analyses médicales.
- Une **meilleure prise en charge** :

La plupart des prothèses dentaires et auditives sont désormais intégralement prises en charge. Concernant les lunettes, ce sont les conditions du 100 % santé qui s'appliquent pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Pour un moindre coût

La Complémentaire Santé Solidaire se révèle plus avantageuse pour le bénéficiaire :

- Elle est **gratuite** pour les foyers dont les ressources les rendaient éligibles à la CMU-C (**ressources de moins de 752 euros par mois pour une personne seule**)
- Elle représente **un coût maximal de moins de 1€** par jour et par personne **pour les foyers éligibles à l'ACS** (ressources de moins de 1 016 euros par mois pour une personne seule).
- La contribution est variable, de 8 à 30 euros par mois en fonction de l'âge soit pour une personne âgée vivant seule un coût de 360 euros annuel.

Un dispositif plus lisible, des démarches plus simples et plus rapides

Dispositif plus lisible

- **Il n'y a plus de niveau de garanties à choisir comme c'était le cas pour l'ACS** : la couverture la plus protectrice est assurée d'office à tous les bénéficiaires ;
- **Le choix de l'organisme complémentaire est facilité** et se fait dès la demande ;
- **Le bénéficiaire est désormais libre de choisir entre son organisme d'assurance maladie ou un organisme complémentaire** au sein d'une liste unique, qu'il doive acquitter ou non une participation financière.

Le demande facilitée

- Un formulaire simplifié.

- Des justificatifs à fournir moins nombreux (le seul avis d'imposition dans les situations les plus simples).

- Pour les personnes bénéficiant du RSA, le renouvellement est « automatique » si le bénéficiaire ne se manifeste pas pour changer d'organisme gestionnaire.

Une démarche en ligne accessible

Les demandes peuvent s'effectuer « papier » ou en ligne via le compte ameli : https://assure.ameli.fr/

- Intuitif et facile d'accès, la demande via le téléservice a pleinement contribué à favoriser le recours à la Complémentaire Santé Solidaire.

A la CPAM du Hainaut désormais près de **20% des demandes sont effectuées via le compte ameli** contre 11% l'année dernière.

En synthèse

Un dispositif :

Plus simple,

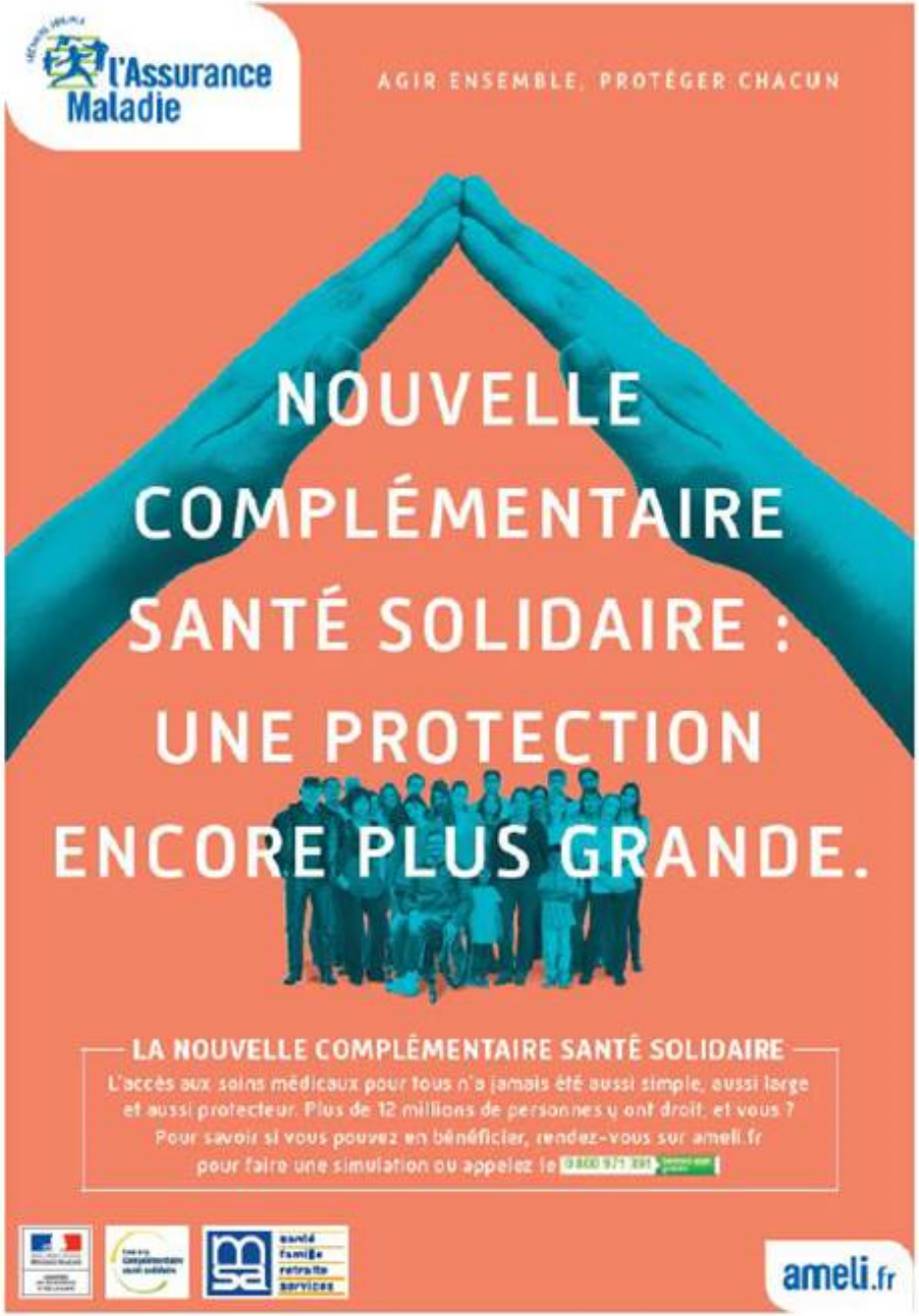
Plus juste,

Plus lisible,

Plus attractif

=

Une protection encore plus grande


l'Assurance Maladie
AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN
NOUVELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : UNE PROTECTION ENCORE PLUS GRANDE.
LA NOUVELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
L'accès aux soins médicaux pour tous n'a jamais été aussi simple, aussi large et aussi protecteur. Plus de 12 millions de personnes y ont droit, et vous ?
Pour savoir si vous pouvez en bénéficier, rendez-vous sur ameli.fr pour faire une simulation ou appelez le
ameli.fr

Une augmentation du nombre de bénéficiaires malgré un contexte sanitaire contraignant

- **AVANT :**

En 2019, avant la mise en œuvre de la Complémentaire santé solidaire, près d'un Français sur 20 ne disposait pas d'une complémentaire santé (7,1 millions au 30 juin 2019).

- **APRES :**

Malgré l'épidémie à Covid-19 et le confinement de la population qui ont marqué le premier semestre, on dénombrait au 30 juin 2020, **7,7 millions** de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'ACS pour le régime général.

Soit **une augmentation de 8,4%** des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec et sans participation pour le régime général par rapport à 2019.

Profil des bénéficiaires

Similaire à celui des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Il s'agit, pour 89% d'entre eux, de personnes de **moins de 60 ans**, dont plus de **38% d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans**.

L' Assurance Maladie accompagne plus spécifiquement les enfants placés à l'ASE en leur accordant automatiquement un droit C2S, désormais jusqu'à l'âge de 19 ans et en proposant un accompagnement attentionné (RDV des droits).

Zoom sur le territoire du Hainaut

- Nombre de bénéficiaires au 30/09/20 : **136 583**
- Taux de bénéficiaires (2019) :

Hainaut : **19.97%** *(Hauts de France : 15.16%)*

- 90% des demandes instruites en moins de 22.70 jours.
- Choix CPAM pour la gestion de la part complémentaire : 37.53%

Focus accès aux droits et Crise Sanitaire

- Dans le cadre spécifique de la crise sanitaire liée au COVID 19 et afin d'éviter les ruptures de droits, les bénéficiaires dont les droits **CMUC ACS** arrivaient **à échéance entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020** ont ainsi vu leur **droit prorogé** automatiquement de 3 mois. Cette prolongation concerne tous les bénéficiaires, qu'ils aient ou non demandé le renouvellement, qu'ils soient ou non concernés par le renouvellement automatique, qu'ils aient ou non reçu une décision de refus de droits à al Complémentaire Santé Solidaire.

- **AME** (Aide Médicale d'Etat) : les droits arrivant à échéance ont été prorogés en application de l'ordonnance sur la continuité des droits sociaux, les personnes dont le droit arrive à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 bénéficient d'une prolongation de leur droit de 3 mois à compter de leur date d'échéance.

Le 100% Santé

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

@MinSoliSante

100% SANTÉ
UN ACCES À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS

Améliorer l'accès aux soins

Trop de Français renoncent à des aides auditives, des lunettes de vue ou des prothèses dentaires.

AUDIOLOGIE

Des malentendants ne sont pas équipés[1]

OPTIQUE

Renoncent aux équipements optiques[2]

DENTAIRE

Renoncent aux soins dentaires[2]

[1] SNDS et INSEE 2014

[2] EHIS-ESPS, Drees-Irdes 2014

L'essentiel de la réforme

Le reste à charge aujourd'hui :

- 43% de reste à charge sur les prothèses dentaires
- 22% sur l'offre d'optique
- 53% sur les aides auditives

100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

OBJECTIFS

La réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à <u>une offre sans reste à charge</u> après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire.

OBJECTIFS

Elle cible les 3 domaines présentant les restes à charge les plus élevés pour lesquels le remboursement intégral d'un ensemble de soins et d'équipements de qualité sera assuré via un « panier 100 % santé » :

- **optique,**
- **aides auditives,**
- **soins dentaires.**

OBJECTIFS

L'objectif est de permettre un remboursement sans reste à charge via le « panier 100 % santé » :

- **au 01/01/2020 pour l'optique et les soins dentaires**
- **d'ici 2021 pour les aides auditives.**

Concrètement,

cette réforme se déploie progressivement depuis le 01/01/2019.

100 % Santé se déploie progressivement à partir du 1er janvier 2019

2019

- 200 €
en moyenne
par aide auditive[3]

2020

- 250 € supplémentaires
en moyenne
par aide auditive[3]

Couronnes et bridges
100 % pris en charge[3]

Lunettes de vue
100 % prises en charge[3]

2021

0 €
TOUTE L'OFFRE
100 % SANTÉ

100 %
PRISE EN CHARGE[3]

[3] Valable uniquement sur les prestations de soins et d'équipements 100 % Santé, 100 % pris en charge après remboursement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

En pratique

- Les montants des bases de remboursement (tarif de responsabilité) progressent pour limiter le reste à charge des assurés.

- Les honoraires des actes ou les prix de vente des produits sont plafonnés : il existe désormais des honoraires limites de facturation et un prix limite de vente.

POUR QUI ?

Pour les bénéficiaires d’un contrat de santé responsable et pour les titulaires de la Complémentaire Santé Solidaire.

ATTENTION

- Ne pas confondre le reste à charge 0 du 100% santé et le tiers payant

- Pas de dispense d’avance des frais

- Le 100% santé ne dispense pas de l’obtention d’une complémentaire santé

- Le " 100% Santé " ne couvre pas les actes de santé comme le médecin, les médicaments, l'orthodontie enfant ou l'hospitalisation

- 100% Santé signifie que l’assuré sera intégralement remboursé de ses frais de santé… mais seulement sur une sélection de soins et d'équipements optique, dentaire et d'audiologie.

OPTIQUE

POUR UN ÉQUIPEMENT DE CORRECTION D'UNE MYOPIE MODÉRÉE

Myopie entre -2 et -4 sur chaque œil

TARIF MÉDIAN	RESTE À CHARGE	TARIF MAXIMAL	RESTE À CHARGE
290€	65€	105€	0€
DONT 135€ DE MONTURE		DONT 30€ DE MONTURE	

Optique

Il existe 2 classes pour les équipements optiques :

- La classe A, qui est sans reste à charge (offre 100% Santé),
- La classe B, pour laquelle les prix sont libres (hors offre 100% Santé).

OPTIQUE : CLASSE A 100 % SANTE

La prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d’une monture par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans.

OPTIQUE : CLASSE B 100 % SANTE

- Des tarifs libres.

- Une prise en charge des montures dans la limite de 100 € par les complémentaires au lieu de 150 € actuellement.

CE QUI CHANGE POUR LES OPTICIENS

- A partir du 1er janvier 2020, chaque opticien devra présenter au moins 17 modèles de montures en 2 coloris différents pour adultes et 10 montures différentes pour enfants en 2 coloris également d'un prix inférieur ou égal à 30 €.

- Il sera obligatoire de réaliser un devis normé proposant une offre 100% Santé avec les tarifs de chaque composante des lunettes, les traitements sur les verres et les prestations réalisées.

Le devis est valable 2 mois

Concrètement, je peux choisir

Des verres du « panier 100% santé » + une monture du « panier 100% santé »

Des verres du « panier 100% santé » + une monture à prix libres.

Des verres à tarifs libres + une monture du « panier 100% santé »

1 verre du « panier 100% santé » + 1 verre à tarifs libres + une monture du "panier 100% santé"

1 verre du « panier 100% santé » + 1 verre à tarifs libres + une monture à prix libres

DENTAIRE

CE QUI CHANGE POUR LES DENTISTES

Le dentiste devra présenter 3 devis :

- un devis « 100% santé »
- un devis « reste à charge maîtrisé »
- un devis « prix libres »

LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE

Il existe 3 paniers possibles

1. Le panier « 100% santé » intégralement remboursé,

2. Un panier aux tarifs maîtrisés avec des prix plafonnés,

3. Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux souhaités.

LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE

Le panier de soins « 100% santé » permet de couvrir un large choix de prothèses fixes ou mobiles avec des matériaux (céramo-métallique, céramique full zircon, etc.) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent.

Il existe une distinction entre dents visibles et non visibles

LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE

Le panier de soins 100 % Santé ne prendra pas en charge toutes les prothèses céramo-métalliques

La nature des matériaux utilisés dépendra de la localisation de la dent dans la bouche.

Une dent visible doit pouvoir être remplacée par des matériaux qui garantissent une qualité esthétique.

LES AIDES AUDITIVES

LE PANIER DES AIDES AUDITIVES

Mise en place de deux paniers de soins :

- Un Panier 100 % santé (Equipements de classe I)
- Un panier Honoraires Libres (Equipements de classe II).

LE PANIER 100% SANTE

- Tous les types d'appareils sont concernés :

❑ contour d'oreille classique ;

❑ contour à écouteur déporté ;

❑ intra-auriculaire.

30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat

4 ans de garantie

LE PANIER 100% SANTE

Des prestations de suivi pour adapter le réglage de l'appareil en fonction de l'évolution de la perte auditive

Une allocation forfaitaire relative aux piles

IMPACT DU 100% SANTE

Analyse de l'évolution des aides ASS accordées par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM du HAINAUT

Comparatif HAINAUT 2019/2020 dentaire, optique et auditif** Période : 1/01 au 30/09 année N						
Année	auditif		dentaire		optique	
	nombre	montant	nombre	montant	nombre	montant
2019	371	180 950 €	1145	546 706 €	405	87 230 €
2020	104	60 997	898	178 472	115	15 663
évolution	**-71%**	**-66%**	**- 21%**	**- 67%**	**- 71%**	**-82%**

La Mission Accompagnement en Santé (MAS)

La nouvelle stratégie Accès aux droits et aux soins

Contexte et enjeux

Des actions déjà mises en place par l'Assurance Maladie

- Depuis 2013 : lancement dans tous les organismes du réseau de la Démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures) pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes fragiles

- Depuis 2016 expérimentation puis généralisation de la PFIDASS (PlateForme d'Intervention Départementale d'Aide à l'Accès aux Soins et à la Santé) pour lutter contre les situations de renoncement aux soins.

- Aujourd'hui → vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins : la Mission Accompagnement en Santé (MAS)

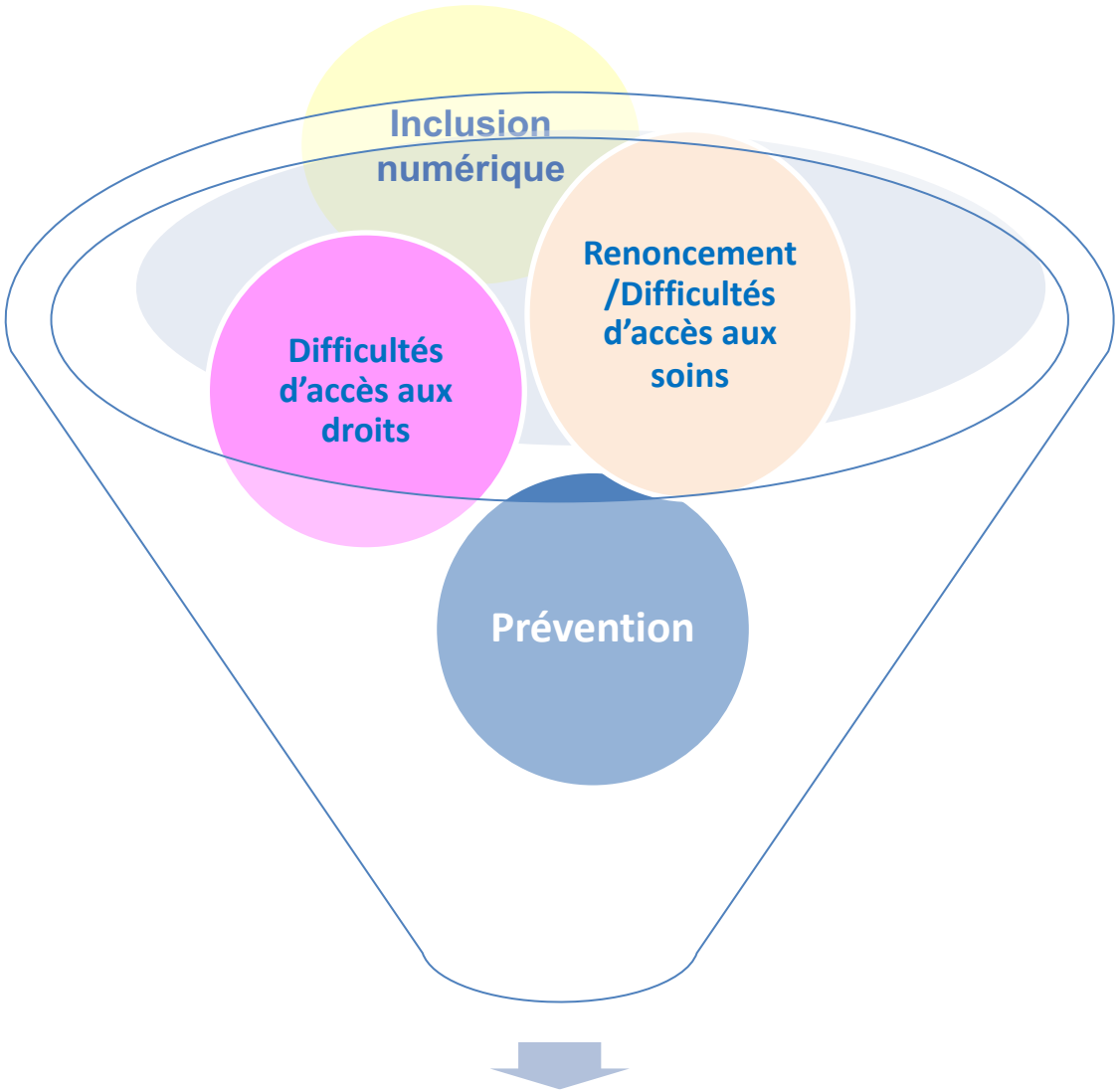
Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins : la Mission Accompagnement en Santé

Pourquoi?

- la situation des assurés fragiles est souvent complexe. Il s'agit fréquemment de problématiques imbriquées (notamment de difficultés d'accès aux soins pouvant conduire à du renoncement), qu'il est difficile de traiter séparément sans prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne.

Fort de ce constat, le réseau de l'Assurance Maladie et notamment les Caisses primaires, en lien avec les services sociaux des Carsat et les services médicaux, ont mis en place, au niveau local, une coordination et des organisations permettant de répondre à l'ensemble des besoins des assurés.

Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins



Accès aux droits et aux soins

Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins

La Mission Accompagnement en Santé

Présente dans chacune des Cpam de métropole, la MAS a pour mission :

- De coordonner / organiser ou réaliser l'accompagnement d'assurés dans le cadre :
  - De difficultés d'accès aux droits
  - De renoncements ou de difficultés d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap…)
  - De fragilité face au numérique
  - …

- D'orienter vers le service social de l'Assurance maladie les situations de fragilité sociale complexe

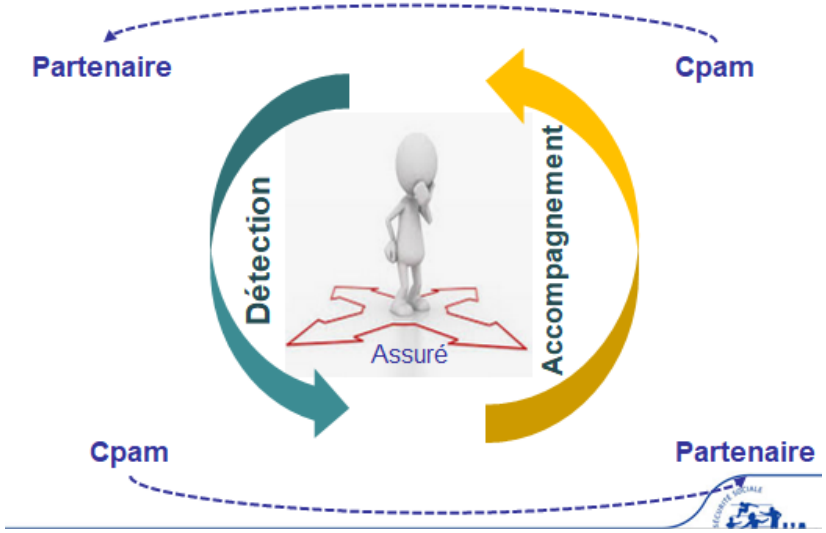
Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins

La Mission Accompagnement en Santé

- Une offre de service en lien avec de nombreux partenaires externes pour optimiser la détection et l'accompagnement des personnes fragiles:
  - Des conventions signées au niveau national *(UNCASS, Restaurants du Cœur, Fédération nationale de la Mutualité Française, Adoma, Secours populaire)**

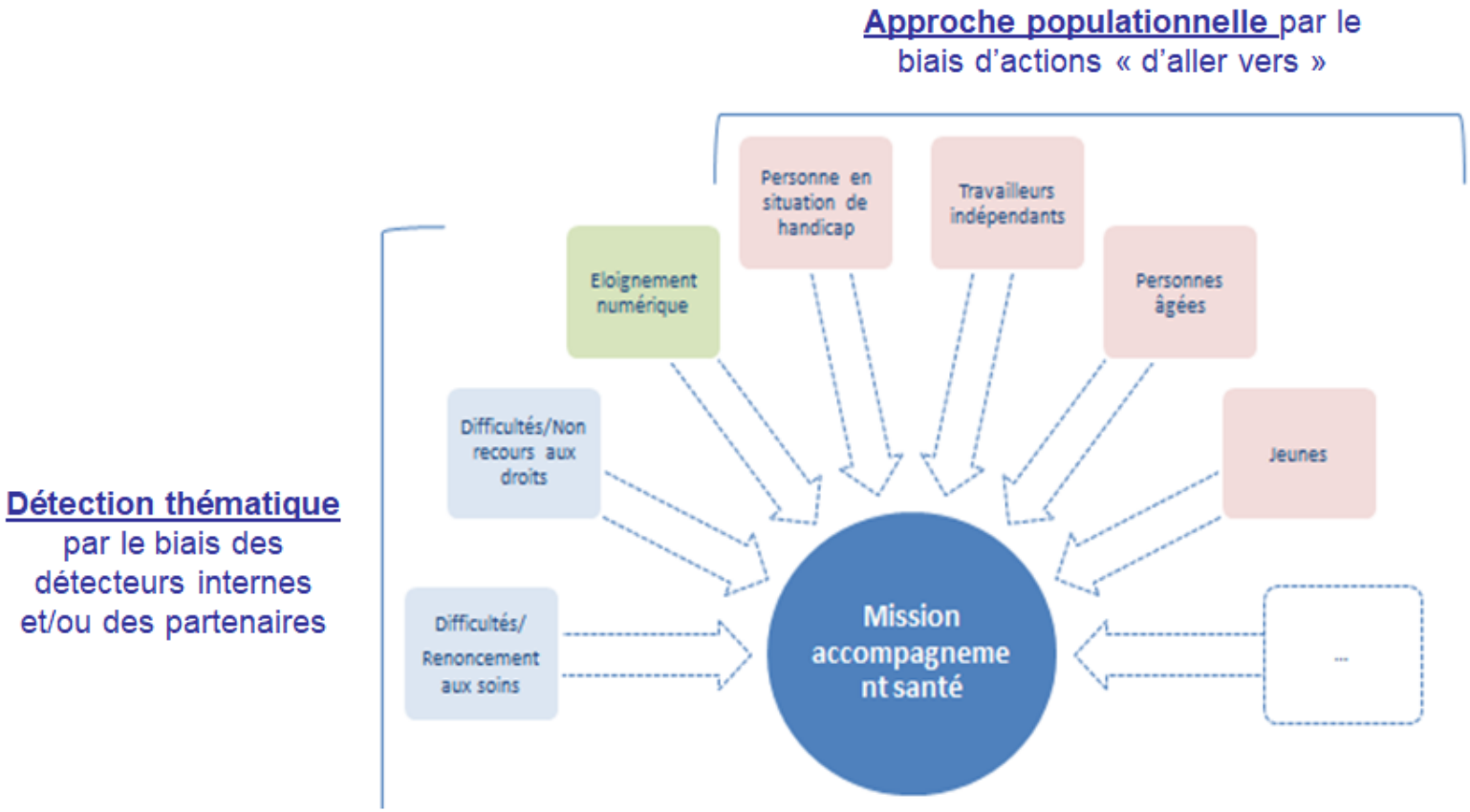
    ** Liste actualisée au 1/11/2020*

  - Des conventions signées au niveau local (associations, CCAS, Centres sociaux, CHRS, organismes d'insertion sociale et professionnelle, MJPM, Centres hospitaliers, établissements d'enseignement, …)



Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins

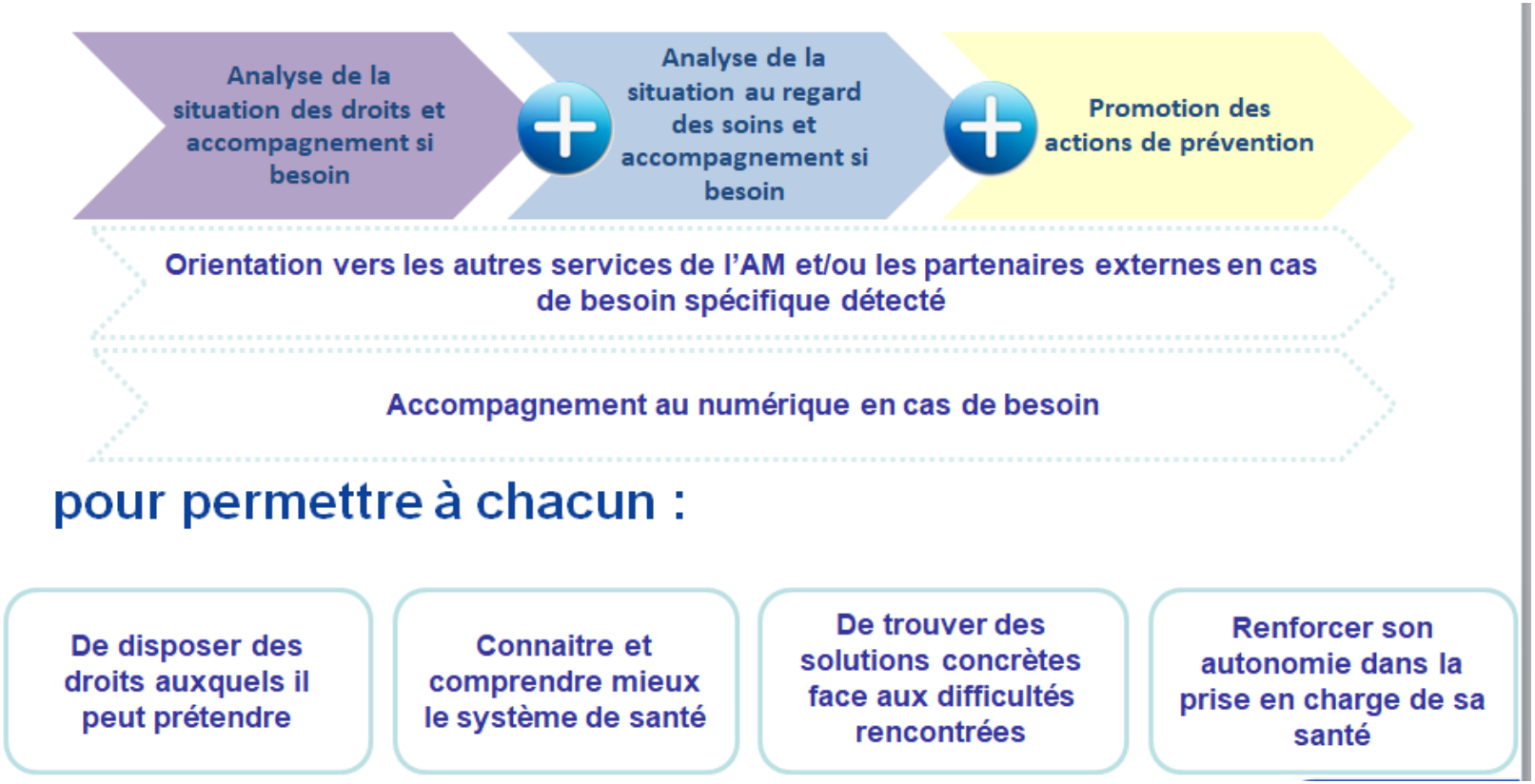
La Mission Accompagnement en Santé



Vers une stratégie globale d'accès aux droits et aux soins

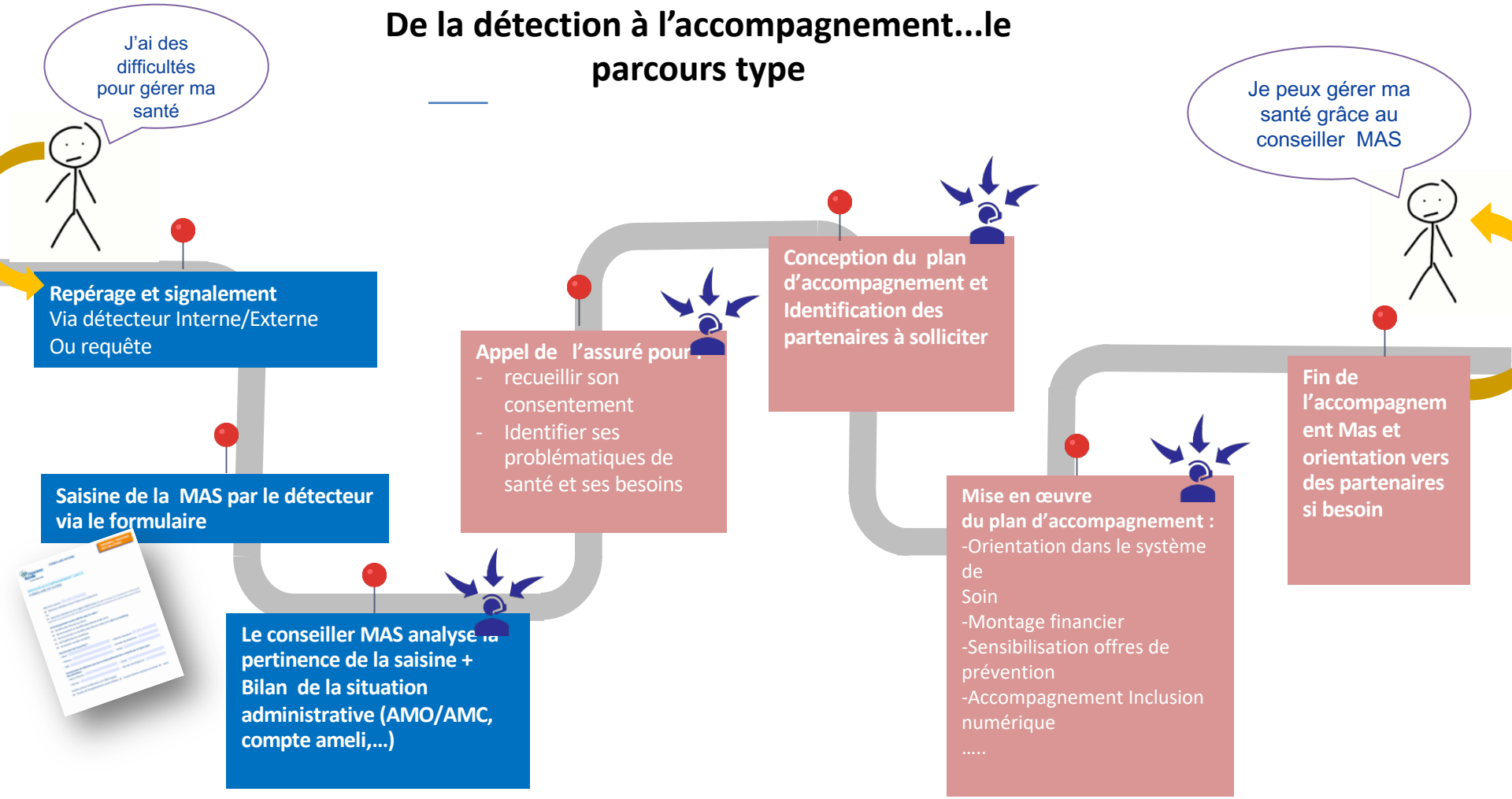
La Mission Accompagnement en Santé

- Une offre de service intégrée et complète



La Mission accompagnement santé (MAS)

De la détection à l'accompagnement...le parcours type



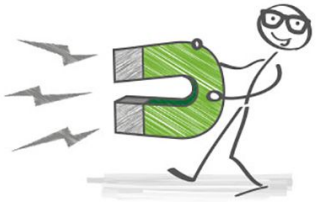
La Mission accompagnement santé (MAS)

Un dispositif qui vit et s'adapte dans un contexte de crise sanitaire

- **Un dispositif fragilisé par la crise et une détection affaiblie** certes mais une action qui se poursuit notamment par le biais d'actions pro actives mises en place :

  - Opérations de phoning organisées auprès des personnes fragiles identifiées dans les fichiers de l'Assurance Maladie (personnes ayant ou pas déjà fait l'objet d'un accompagnement),
  - Action en faveur des personnes hébergés (démarches coordonnées CAF/service social/CPAM).

- Un dispositif de détection aujourd'hui réactivé avec notamment le maintien des accueils CPAM en rdv et l'activation du réseau partenaires



MAS – Données régionales - Zoom sur la détection par les CCAS partenaires

Données régionales arrêtées au 30 septembre 2020

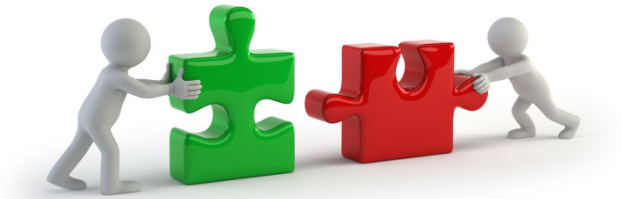
	2019	2020
Nombre de CCAS conventionnés	271	272
Nombre de CCAS détecteurs	36	23
% de CCAS "actifs"	13%	8%
Détections **de situations de renoncement aux soins** émanant des CCAS	135	58
Nombre total de saisines	9006	4372
% de détections par les CCAS	1,5%	1,3%
Accompagnements "CCAS" aboutis	71	18
Accompagnements "CCAS" en cours	45	35

→ un partenariat essentiel (proximité CCAS / personnes fragiles)

→ Un potentiel de détection indéniable

→ Une dynamique engagée par chaque CPAM pour améliorer la détection : remobilisation autour du sujet / sessions de formation

→ Une volonté commune et une action complémentaire



MAS – Zoom sur le territoire du Hainaut

- La détection de situations de **renoncement aux soins**

2019			**2020**		
Nombre total de détections	Détections **en interne**	Détections **partenaires**	Nombre total de détections	Détections **interne**	Détections **partenaires**
1419	1219 **soit 86%**	200 **soit 14%**	**590**	419 **soit 71%**	171 **soit 29%**
Statut de l'accompa-gnement	225 en cours 639 en attente de soins 355 aboutis	37 en cours 110 en attente réalisations de soins 53 aboutis	Statut de l'accompa-gnement	215 en cours 169 en attente réalisation des soins 23 aboutis	91 en cours 64 en attente de réalisation des soins 16 aboutis

MAS – Zoom sur le territoire du Hainaut

- Les signalements de situations d'urgence en matière **d'accès aux droits** signalés par les partenaires (avec focus sur les 2 plus importants pourvoyeurs

2019			**2020**		
Nombre total de signalements	Focus sur les signalements **CH dont les PASS**	Focus sur les signalements **CCAS**	Nombre total de signalements	Focus sur les signalements **CH dont les PASS**	Focus sur les signalements **CCAS**
549	**364 soit 66%**	**93 soit 17%**	**582**	**376 soit 65%**	**76 soit 13%**

Focus accès aux soins et Crise Sanitaire

- Dans le cadre de la crise sanitaire liée au COVID 19 et du 1er confinement, le recours aux soins a été fortement impacté d'une part car certains assurés craignaient de contracter la maladie en consultant ou en fréquentant les établissements de soins, d'autre part car l'offre s'est trouvée fortement réduite au regard des conditions sanitaires et la limitation de certaines prises en charge aux soins urgents.

- Durant et depuis cette période, l'Assurance est restée mobilisée auprès des personnes en situation de fragilité, et notamment auprès des personnes âgées, personnes isolées, personnes malades, personnes en situation de handicap et des sans abris.

Focus accès aux soins et Crise Sanitaire

- Afin d'éviter davantage de rupture, les équipes des CPAM ont contacté et continué à accompagner les assurés suivi dans le cadre de la MAS notamment par le biais d'appels sortants (action pro active) afin de :

→ s'assurer que la situation de crise sanitaire et de confinement n'a pas engendré de difficultés particulières liées aux soins ou à l'état de santé,

→ rappeler les gestes barrières et mesures de prévention liées à la crise sanitaire.

Focus accès aux soins et Crise Sanitaire

- Par ailleurs, le réseau Assurance Maladie travaille à la construction de requêtes permettant de réaliser un ciblage adapté au contexte post confinement afin d'identifier les personnes qui auraient renoncé à un suivi médical durant la période de confinement notamment (absence de consommation de soins). Sur cette base, les CPAM s'engageront dans une nouvelle campagne de contacts sortants.

- Par ailleurs, l'Assurance Maladie et les professionnels de santé ont favorisé le recours au dispositif de téléconsultation dans le contexte de crise sanitaire.

Focus contact tracing

Le réseau Assurance Maladie mobilise une partie de ses ressources CDD et CDI pour réaliser le contact tracing depuis le 13 mai 2020.

La meilleure façon de se protéger et de protéger les autres est de **respecter les principes du confinement** et d'appliquer scrupuleusement les **gestes barrières.**

Relation aux assurés et confinement 2

Si durant le 1er confinement les accueils physiques ont dus être fermés au profit d'une offre téléphonique ou mail, les CPAM garantissent durant ce nouveau confinement un accueil physique exclusivement sur RDV (hors situations d'urgence) et des RDV téléphoniques (à favoriser durant la période de confinement).

« Agir ensemble, protéger chacun »