

Votre espace partenaires



Les circuits courts « en ligne » proposés aux 900 partenaires fédérés de la Charente-Maritime

Adresse du site : cpam17.fr/espacepartenaires/index.php

QR code d'accès au site :



Les aides financières

Les modalités de contact en circuit court pour les partenaires

Services du compte ameli : outil d'aide interactif [Pastel](#)

La commande de dépliants et l'envoi (offert) ou le téléchargement

L'accueil des publics dans nos locaux et France Services

- Accueil
- Connaître la caisse d'assurance maladie
- Aides de la caisse d'assurance maladie
- Accès aux droits et aux soins
- Prévention
- MisAS
- Complémentaire santé solidaire
- Aller vers... les partenaires et les assurés
- Situations de vie
- Téléservices compte ameli
- Mon espace santé
- Inclusion numérique
- Services
- Communication
- Nous contacter
- Liens utiles

Compte ameli
Points d'accueil
Votre caisse

Restons connectés !

- @CPAM_17
- LinkedIn CPAM 17
- Chaîne CPAM 17
- Chaîne Cnam

Connaître la caisse d'assurance maladie et son réseau partenarial →

Les cartographies de l'accès aux droits et aux soins

Nous signaler les assurés en renoncement aux soins (prise en charge sous 48h) →

La prévention pour tous

Tous les droits et démarches par mots clés (abécédaire)

[Offre de prise en charge des séances de psychologie](#)



FORMULAIRE D'AUTO-EVALUATION ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ
Vous avez des difficultés pour vous soigner ? Faites le point sur votre situation avec votre conseiller.

Vous avez des difficultés à consulter un médecin ou faire soigner vos dents ?
À acheter des lunettes ou un appareil auditif ?
 Afin de vous aider, merci de répondre aux quatre questions ci-dessous :

Partie réservée à l'assuré(e) :

1. Avez-vous un médecin traitant ? Oui Non

2. Avez-vous un médecin traitant quand vous en avez besoin ? Oui Non

3. Avez-vous des besoins complémentaires et/ou bénéficiez-vous de la CMU C, de l'ACS ou de la ...

4. Nom et prénom : _____

5. Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

6. N° de téléphone : _____

7. Et/ou adresse mail : _____

8. Pour quels soins êtes-vous en renoncement ? _____

9. Vous restez **800** caractères sur 800. **Effacer**

J'accepte d'être recontacté(e) par la CPAM pour être accompagné dans la réalisation de mes soins.

Partie réservée à la structure ou association :

10. Nom de la structure / association : _____

11. Adresse mail structure / association : _____

J'autorise la CPAM à utiliser l'adresse mail ci-dessus pour m'informer de la suite donnée à la demande.

Champs obligatoires. Renseigner au moins l'un des deux champs.

Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier. Conformément aux obligations relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la responsable de la protection des données (DPS).

En cas de difficulté, sans l'attribution des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL, 3 Place de Fontenay - TSA 80719 - 92534 PARIS CEDEX 07.

Envoyer **Effacer**

Toute l'offre Inclusion numérique à destination de vos publics :
- débutants,
- intermédiaires,
- autonomes,
avec des supports à télécharger :
- vidéos,
- tutoriels,
- formulaires.

Les simulateurs :
- Indemnités journalières,
- Complémentaire santé solidaire,
...

Les newsletters mensuelles, trimestrielles et les hors-séries

Rester connecté avec :
- X,
- Youtube,
- LinkedIn

Prendre rendez-vous en accueil →

Prendre rendez-vous pour un examen de prévention en santé →

