

# MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

FORMULAIRE PARTENAIRES

DATE DE LA SAISINE

## ACCOMPAGNEMENT SANTÉ SOLLICITÉ DANS LE CADRE<sup>(1)</sup> :

- DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS
- DE RENONCEMENT OU DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS
- DE RENONCEMENT OU DE DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS LIÉS À UN HANDICAP
- DE FRAGILITÉ FACE AU NUMÉRIQUE
- DE SITUATION SOCIALE COMPLEXE

## COORDONNÉES DE L'ASSURÉ(E)<sup>(1)</sup> :

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

N° DE TÉLÉPHONE

EMAIL

## COORDONNÉES DU DÉTECTEUR QUI POURRA ÉVENTUELLEMENT ÊTRE CONTACTÉ PAR LA CPAM POUR DES PRÉCISIONS :

NOM/PRÉNOM

EMAIL

STRUCTURE

N° DE TÉLÉPHONE

## QUELLES ACTIONS LE DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ ENGAGÉ :

- DOSSIER DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
- DOSSIER D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
- AUTRE

<sup>(1)</sup> Seuls ces champs sont obligatoires. Néanmoins, les autres champs permettent une prise en charge plus rapide dans l'accompagnement de l'assuré(e).



## PARTIE À COMPLETER EN CAS DE RENONCEMENT OU DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS :

### QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS ?

<input type="checkbox"/> CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE OU SPÉCIALISÉE	<input type="checkbox"/> CHIRURGIE
<input type="checkbox"/> ACTE CHEZ UN SPÉCIALISTE, ANALYSES OU EXAMENS MÉDICAUX (soins dentaires, infirmiers, de kinésithérapie, radiologie, biologie...)	<input type="checkbox"/> PHARMACIE
<input type="checkbox"/> DISPOSITIFS MÉDICAUX (OPTIQUE, AUDITIF, PETIT ET GRAND APPAREILLAGE...)	<input type="checkbox"/> AUTRE

### DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

MOINS DE 3 MOIS     DE 3 MOIS À 1 AN     PLUS D'1 AN     PLUS DE 2 ANS

### QUELLES EN SONT LES CAUSES ? UN PROBLÈME :

<input type="checkbox"/> D'ACCÈS AUX DROITS (médecin traitant, couverture assurance maladie et/ou complémentaire, ALD)	
<input type="checkbox"/> DE RESTE À CHARGE	<input type="checkbox"/> DE TRANSPORT
<input type="checkbox"/> D'AVANCE DES FRAIS	<input type="checkbox"/> DE DÉMARCHES TROP COMPLIQUÉES
<input type="checkbox"/> DE DÉLAIS DE RDV TROP LONGS	<input type="checkbox"/> DE REFUS DE PRISE EN CHARGE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ
<input type="checkbox"/> AUTRE	

**À faire signer par l'assuré(e) ou à défaut, en cas de détection à distance, lui communiquer les informations ci-après** (dans ce cas, un courrier lui sera adressé pour confirmer son accompagnement) :

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à la Mission accompagnement santé de ma Caisse d'assurance maladie afin d'être contacté(e) pour un accompagnement santé personnalisé et d'un suivi adapté.

**Signature de l'assuré(e) :**

**Mention d'information pour l'assuré(e) :**

La mise en oeuvre de ce service d'accompagnement nécessite le traitement de données à caractère personnel vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Le traitement vise à permettre l'accompagnement et le suivi de votre dossier pour votre accès aux soins et à la santé. Sauf opposition expresse de votre part, vos données peuvent être traitées à des fins d'évaluation et d'études. Vos données ne sont pas conservées au-delà de 18 mois après la fin de l'action d'accompagnement. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à l'effacement en adressant une demande écrite au directeur de votre caisse primaire d'assurance maladie de rattachement ou à son délégué à la protection des données. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

\*\* DOCUMENT À TRANSMETTRE À LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ DE LA CAISSE DE RATTACHEMENT DE L'ASSURÉ(E) \*\*