l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Caisse nationale

MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

FORMULAIRE PARTENAIRES

DATE DE LA SAISINE

ACCOMPAGNEMENT SANTÉ SOLLICITÉ DANS LE CADRE[1] :

- ☐ 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)[1] :

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

[1] *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 ?

- ☐ CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE OU SPÉCIALISÉE
- ☐ ACTE CHEZ UN SPÉCIALISTE, ANALYSES OU EXAMENS MÉDICAUX (soins dentaires, infirmiers, de kinésithérapie, radiologie, biologie…)
- ☐ DISPOSITIFS MÉDICAUX (OPTIQUE, AUDITIF, PETIT ET GRAND APPAREILLAGE…)
- ☐ CHIRURGIE
- ☐ PHARMACIE
- ☐ 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 :

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

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. 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 du respect 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) **