Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

FORMULAIRE PARTENAIRE

ENSEMBLE, TROUVONS DES SOLUTIONS.

MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTE
FORMULAIRE DE SAISINE

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 :
- Email :
- Date de naissance : / /
- Numéro de téléphone :

Coordonnées du détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la Cpam pour des précisions :

- Nom / Prénom :
- Structure :
- Email :
- Numéro 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 A COMPLETER EN CAS DE RENONCEMENT OU DIFFICULTES D'ACCES A 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

A 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 ma Caisse d'assurance maladie afin que celle-ci me contacte pour bénéficier d'un accompagnement santé personnalisé et d'un suivi adapté.

Signature de l'assuré(e) :

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

La mise en œuvre 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. A des fins d'évaluation, vos données peuvent être transmises, sauf opposition expresse de votre part, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard. 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) **