

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 Cpm 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	Chirurgie
Acte chez un spécialiste, analyses ou examens médicaux (soins dentaires, infirmiers, de kinésithérapie, radiologie, biologie...)	Pharmacie
Dispositifs médicaux (optique, auditif, petit et grand appareillage...)	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	De transport
D'avance des frais	De démarches trop compliquées
De délais de RDV trop longs	De refus de prise en charge par un professionnel de santé
Autre	

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.