

## MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTE FORMULAIRE DE SAISINE

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

### Coordonnées du détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la Cnam 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

<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 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<br>(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](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 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) \*\*  
Adresse mail : [masante16@assurance-maladie.fr](mailto:masante16@assurance-maladie.fr)