

MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

FORMULAIRE DE SAISINE

Date de la saisine avec accord de l'assuré(e) :

Réalisée en face à face :

ou

Lors d'un appel téléphonique (A cette occasion, le consentement a été recueilli oralement et la personne a été informée de ses droits relatifs à la protection de ses données personnelles) :

Coordonnées de l'assuré(e) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Coordonnées du détecteur :

Nom-Prénom :

Nom de la structure :

Email :

Téléphone :

Accompagnement santé sollicité dans le cadre :

De difficulté d'accès aux droits : absence de médecin traitant, de complémentaire santé...

De renoncement ou de difficultés d'accès aux soins : reste à charge important, avance de frais, délais de RDV avec un professionnel de santé trop longs, refus de prise en charge par des professionnels de santé....

De fragilité face au numérique

De situation sociale complexe

EN CAS DE RENONCEMENT AUX SOINS

Quels soins ne sont pas réalisés ?

Généraliste

Optique

Dentaires

Kinésithérapeute

Autres à préciser :

Depuis combien de temps dure le renoncement ?

L'assuré(e) souhaite-t-il (elle) faire un bilan de santé ?

oui

non

A faire signer par l'assuré(e) :

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](https://www.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.