



## Demande d'accompagnement

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

**Engagements du détecteur \*** : le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement.

L'assuré(e) accepte :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1 - d'être contacté(e) et accompagné(e) par le conseiller Assurance Maladie *                              | oui | non |
| 2 - que le conseiller communique au détecteur les informations concernant le suivi de son accompagnement * | oui | non |

### Coordonnées de l'assuré(e) qui accepte d'être recontacté(e) \*

Nom *	Prénom *
Numéro de Sécurité Sociale <i>(13 chiffres + la clé)</i>	Date de naissance * <i>(Format JJ/MM/AAAA)</i>
Numéro de téléphone *	Ville *

### Situation socio-professionnelle

Salarié(e)	Sans emploi :	RSA
Retraité(e)		AAH
		Indemnisé(e) par Pôle emploi
		Autre <i>(à préciser)</i>

En cas de difficultés, y a-t-il dans l'entourage de l'assuré(e) des personnes sur qui il (elle) peut compter ? oui    non

### Quels soins ne sont pas réalisés ? \*

Appareillage auditif	Autre(s) spécialité(s) <i>(à préciser)</i>
Consultation généraliste	
Consultation d'ophtalmologue	Achat de médicament(s)
Soins dentaires (prothétiques et chirurgicaux)	Orthodontie
Soins conservateurs	Séances de kinésithérapie
Lunettes	Matériel médical
Consultation gynécologue	Fournitures médicales
Analyses médicales	Semelles orthopédiques
Actes de chirurgie	Chaussures orthopédiques

## Depuis quand dure le renoncement ?\*

< 6 mois      6 mois - 1 an      1 an - 2 ans      2 ans - 5 ans      > 5 ans      > 10 ans      > 25 ans

Est-ce un renoncement ? \*

Que vous avez détecté

Exprimé par l'assuré(e)

## Quelles en sont les causes ? une difficulté ...

d'accès aux droits

Création de dossier

Mutation de dossier

Mise à jour des droits

Problème avec la carte Vitale

D'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre complémentaire santé

de reste à charge

d'avance des frais

de transport

de démarches trop compliquées (non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement...)

de délais de RV trop longs

refus de soins d'un praticien

autre (à préciser) :

## Commentaires utiles (actions que vous avez engagées, autres informations utiles pour le conseiller Assurance Maladie)

## Coordonnées du détecteur qui pourra éventuellement être contacté par le conseiller Assurance Maladie pour plus de précisions\*

Nom \*

Prénom \*

Organisme \*

Service

Fonction

Numéro de téléphone \*

Adresse mail \*

**Vous pouvez joindre à votre demande tout document utile.**

\* champs obligatoires