



Demande d'accompagnement

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui rencontrent des difficultés d'accès à leurs droits (incompréhensions, non recours, rupture).

Engagements du détecteur* : le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé.

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 (13 chiffres + la clé)	Date de naissance * (Format JJ/MM/AAAA)
Numéro de téléphone *	Ville *

Quelles sont les difficultés rencontrées par l'assuré(e) ?

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.