

mon  
parcours  
d'assuré

Pour faciliter votre retour à domicile après votre hospitalisation en chirurgie l'Assurance Maladie vous propose de bénéficier d'un service d'accompagnement personnalisé, décrit dans le dépliant remis avec ce bulletin.

**MON RETOUR  
À DOMICILE**

L'équipe médicale vous proposera d'adhérer à ce service afin qu'un masseur-kinésithérapeute et/ou un(e) infirmier(e) vous assure(nt), si besoin, un suivi dès votre retour chez vous conformément à la prescription de votre chirurgien. Votre conseiller informera votre médecin traitant de votre adhésion au service et des coordonnées des professionnels de santé que vous aurez choisis.

Si vous ne connaissez pas déjà de professionnels de santé pour assurer ce suivi, votre conseiller peut vous présenter la liste de masseurs-kinésithérapeutes et/ou d'infirmier(e)s près de chez vous.

Dès que vous aurez fait votre choix, votre conseiller organisera le premier rendez-vous avec chacun des professionnels de santé. Il s'assurera auprès de vous, du bon déroulement de ce service.

### **Vous êtes intéressé(e) ? Il vous suffit de compléter ce bulletin d'adhésion.**

*Vous pouvez bien sûr renoncer à tout moment à ce service, sans incidence sur vos remboursements par l'Assurance Maladie<sup>1</sup>. En adhérant à ce service, vous acceptez que votre conseiller transmette aux professionnels de santé que vous avez choisis, les informations nécessaires à l'organisation de vos premiers rendez-vous. Ces informations personnelles feront l'objet d'un traitement informatisé par l'Assurance Maladie et resteront confidentielles.<sup>2</sup>*

## **Adhésion PRADO, service d'accompagnement du retour à domicile**

(tous les champs doivent être remplis)

Nom, prénom : ..... tél. : .....

adresse : .....

Mon médecin traitant, le Dr ..... sera contacté et informé de mon adhésion à ce service.

**Pour organiser mon premier rendez-vous, je souhaite que mon conseiller prenne contact, avec :**

(par ordre de préférence)

[1] M<sup>me</sup> / M. ...., masseur-kinésithérapeute

[2] M<sup>me</sup> / M. ...., masseur-kinésithérapeute

[1] M<sup>me</sup> / M. ...., infirmier(e)

[2] M<sup>me</sup> / M. ...., infirmier(e)

**Mon médecin traitant sera informé du choix des professionnels de santé et de la prise des premiers rendez vous.**

L'Assurance Maladie peut solliciter un prestataire pour réaliser une enquête de satisfaction afin d'améliorer ce service.

En cochant cette case, j'accepte que l'Assurance Maladie lui transmette mes coordonnées.

Fait le [ ] / [ ] / [ ] à ..... Signature : .....

**Pour tout renseignement concernant ce service, je peux contacter mon conseiller :**

du lundi au vendredi de [ ] h [ ] à [ ] h [ ] et de [ ] h [ ] à [ ] h [ ]

Nom, prénom : .....

Tél. : ..... ou .....

E-mail : .....

<sup>1</sup> Ce service est sans incidence sur vos remboursements : les soins en rapport avec votre intervention en chirurgie sont remboursés dans la limite des tarifs habituels de l'Assurance Maladie.

<sup>2</sup> Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse primaire d'assurance maladie de rattachement.

mon  
parcours  
d'assuré



Pour faciliter votre retour à domicile après votre hospitalisation en chirurgie, l'Assurance Maladie vous propose de bénéficier d'un service d'accompagnement personnalisé, décrit dans le dépliant remis avec ce bulletin.

**MON RETOUR  
À DOMICILE**

L'équipe médicale vous proposera d'adhérer à ce service afin qu'un masseur-kinésithérapeute et/ou un(e) infirmier(e) vous assure(nt), si besoin, un suivi dès votre retour chez vous conformément à la prescription de votre chirurgien. Votre conseiller informera votre médecin traitant de votre adhésion au service et des coordonnées des professionnels de santé que vous aurez choisis.

Si vous ne connaissez pas déjà de professionnels de santé pour assurer ce suivi, votre conseiller peut vous présenter la liste de masseurs-kinésithérapeutes et/ou d'infirmier(e)s près de chez vous.

Dès que vous aurez fait votre choix, votre conseiller organisera le premier rendez-vous avec chacun des professionnels de santé. Il s'assurera auprès de vous, du bon déroulement de ce service.

### **Vous êtes intéressé(e) ? Il vous suffit de compléter ce bulletin d'adhésion.**

*Vous pouvez bien sûr renoncer à tout moment à ce service, sans incidence sur vos remboursements par l'Assurance Maladie<sup>1</sup>. En adhérant à ce service, vous acceptez que votre conseiller transmette aux professionnels de santé que vous avez choisis, les informations nécessaires à l'organisation de vos premiers rendez-vous. Ces informations personnelles feront l'objet d'un traitement informatisé par l'Assurance Maladie et resteront confidentielles.<sup>2</sup>*

## **Adhésion PRADO, service d'accompagnement du retour à domicile**

(tous les champs doivent être remplis)

Nom, prénom : ..... tél. : .....

adresse : .....

Mon médecin traitant, le Dr ..... sera contacté et informé de mon adhésion à ce service.

**Pour organiser mon premier rendez-vous, je souhaite que mon conseiller prenne contact, avec :**

(par ordre de préférence)

[1] M<sup>me</sup> / M. ...., masseur-kinésithérapeute

[2] M<sup>me</sup> / M. ...., masseur-kinésithérapeute

[1] M<sup>me</sup> / M. ...., infirmier(e)

[2] M<sup>me</sup> / M. ...., infirmier(e)

**Mon médecin traitant sera informé du choix des professionnels de santé et de la prise des premiers rendez vous.**

L'Assurance Maladie peut solliciter un prestataire pour réaliser une enquête de satisfaction afin d'améliorer ce service.

En cochant cette case, j'accepte que l'Assurance Maladie lui transmette mes coordonnées.

Fait le [ ] / [ ] / [ ] à .....

Signature :

**Pour tout renseignement concernant ce service, je peux contacter mon conseiller :**

du lundi au vendredi de [ ] h [ ] à [ ] h [ ] et de [ ] h [ ] à [ ] h [ ]

Nom, prénom : .....

Tél. : ..... ou .....

E-mail : .....

<sup>1</sup> Ce service est sans incidence sur vos remboursements : les soins en rapport avec votre intervention en chirurgie sont remboursés dans la limite des tarifs habituels de l'Assurance Maladie.

<sup>2</sup> Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse primaire d'assurance maladie de rattachement.