



Pour faciliter votre retour à domicile après votre hospitalisation pour exacerbation de BPCO, l'Assurance Maladie vous propose de bénéficier pendant 6 mois d'un service d'accompagnement personnalisé.

Décrit en détail dans le dépliant remis par votre conseiller avec ce bulletin, ce service consiste à vous mettre en relation avec les professionnels de santé de ville de votre choix pour assurer votre suivi après votre hospitalisation : votre conseiller de l'Assurance Maladie organise, pour votre retour, le premier rendez-vous avec l'infirmier(e) et/ou le masseur kinésithérapeute, le médecin traitant et le pneumologue. Il réalisera ensuite auprès de vous un bilan de satisfaction de ce service. Au préalable, vous lui aurez communiqué votre choix d'infirmier(e) et de masseur kinésithérapeute (si vous n'en connaissez pas, le conseiller vous présentera la liste des infirmier(e)s et des masseurs kinésithérapeutes disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr))

**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 appelant votre conseiller.

En adhérant, 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 au service d'accompagnement du retour à domicile *(Remplir tous les champs)*

Nom, prénom : .....

Tél : .....

Adresse : .....

#### Pour organiser mes premiers rendez-vous, je souhaite que mon conseiller prenne contact avec *(Par ordre de préférence) :*

[1] Mme, M ..... infirmier(e)

[2] Mme, M..... infirmier(e)

[1] Mme, M ..... masseur kinésithérapeute

[2] Mme, M..... masseur kinésithérapeute

Le Dr ..... médecin traitant

Le Dr..... pneumologue

Ma prise en charge médicale restera de la responsabilité de ces professionnels de santé.

L'Assurance Maladie peut solliciter un prestataire pour réaliser une enquête de satisfaction ou une évaluation 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 BPCO 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.