

mon
parcours
d'assuré



Vous venez d'accoucher et vous vivez vos premières heures avec votre enfant.

Pour rentrer chez vous en toute sérénité, l'Assurance Maladie vous propose de bénéficier d'un service d'accompagnement personnalisé à domicile, décrit dans le dépliant remis avec ce bulletin d'adhésion¹.

Une sage-femme viendra à votre domicile pour assurer un suivi, pour vous et votre bébé.

Si vous ne connaissez pas de sage-femme, votre conseiller(ère) peut vous en présenter une liste.

Dès que vous aurez communiqué votre choix, votre conseiller(ère) organisera votre premier rendez-vous avec cette sage-femme. Il(elle) s'assurera, auprès de vous, du bon déroulement de ce service.

Vous êtes intéressée par ce service ? Il vous suffit de compléter ce bulletin. Vous pouvez bien sûr renoncer à tout moment à ce service, sans incidence sur vos remboursements par l'Assurance Maladie.

MON RETOUR
À DOMICILE

Adhésion au service d'accompagnement du retour à domicile

Nom, prénom : tél. :

adresse :

**Pour organiser mon premier rendez-vous à domicile,
je souhaite que mon(ma) conseiller(ère) prenne contact avec les sages-femmes :**
(par ordre de préférence décroissant)

[1]

[2]

[3]

En adhérant à ce service, j'accepte que mon conseiller transmette à la sage-femme que j'ai choisie, les informations nécessaires à l'organisation de mon premier rendez-vous. Ces informations personnelles font l'objet d'un traitement informatisé par l'Assurance Maladie. Elles restent confidentielles et sont traitées de manière anonyme².

**L'Assurance Maladie a sollicité 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, vous pouvez contacter votre conseiller(ère) :

Nom, prénom :

tél. : ou

e-mail :

joignable du : au de : ____ h ____ à ____ h ____

¹ Ce service est sans incidence sur vos remboursements : jusqu'au 12ème jour après la naissance, tous vos frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100% (dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie).
² Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre caisse primaire d'assurance maladie.

mon
parcours
d'assuré



Vous venez d'accoucher et vous vivez vos premières heures avec votre enfant. Pour rentrer chez vous en toute sérénité, l'Assurance Maladie vous propose de bénéficier d'un service d'accompagnement personnalisé à domicile, décrit dans le dépliant remis avec ce bulletin d'adhésion¹. Une sage-femme viendra à votre domicile pour assurer un suivi, pour vous et votre bébé. Si vous ne connaissez pas de sage-femme, votre conseiller(ère) peut vous en présenter une liste. Dès que vous aurez communiqué votre choix, votre conseiller(ère) organisera votre premier rendez-vous avec cette sage-femme. Il(elle) s'assurera, auprès de vous, du bon déroulement de ce service. Vous êtes intéressée par ce service ? Il vous suffit de compléter ce bulletin. Vous pouvez bien sûr renoncer à tout moment à ce service, sans incidence sur vos remboursements par l'Assurance Maladie.

**MON RETOUR
À DOMICILE**

Adhésion au service d'accompagnement du retour à domicile

Nom, prénom : tél. :

adresse :

**Pour organiser mon premier rendez-vous à domicile,
je souhaite que mon(ma) conseiller(ère) prenne contact avec les sages-femmes :**
(par ordre de préférence décroissant)

[1]

[2]

[3]

En adhérant à ce service, j'accepte que mon conseiller transmette à la sage-femme que j'ai choisie, les informations nécessaires à l'organisation de mon premier rendez-vous. Ces informations personnelles font l'objet d'un traitement informatisé par l'Assurance Maladie. Elles restent confidentielles et sont traitées de manière anonyme².

L'Assurance Maladie a sollicité 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, vous pouvez contacter votre conseiller(ère) :

Nom, prénom :

tél. : ou

e-mail :

joignable du : au de : h à h

¹ Ce service est sans incidence sur vos remboursements : jusqu'au 12ème jour après la naissance, tous vos frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100% (dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie).
² Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre caisse primaire d'assurance maladie.