

## FORMULAIRE DE SAISINE POUR LA DÉTECTION DU RENONCEMENT AUX SOINS

Date de signalement :     /     /

Détection réalisée en face à face avec la personne

Ou

Détection réalisée lors d'un appel téléphonique (*à cette occasion, le consentement a été recueilli oralement et la personne a été informée de ses droits relatifs à la protection de ses données personnelles*)

### Coordonnées de l'assuré(e)\* :

- Nom :
- Prénom :
- NIR :
- N° de téléphone :
- Email :

### Quels soins ne sont pas réalisés ?

Consultations de médecine générale ou spécialisée

Acte chez un spécialiste, analyses ou examens médicaux (soins dentaires, infirmiers, de kinésithérapie, radiologie, biologie...)

Dispositifs médicaux (optique, auditif, petit et grand appareillage...)

Chirurgie

Pharmacie

### Depuis quand dure le renoncement ?

Moins de 3 mois

De 3 mois à 1 an

Plus d'1 an

Plus de 2 ans

### Quelles en sont les causes ? Un problème :

D'accès aux droits (MT, couverture assurance maladie et/ou complémentaire, ALD)

De reste à charge

De transport

D'avance des frais

De refus de prise en charge par un professionnel de santé

De démarches trop compliquées

Autre

De délais de RDV trop longs

\* Seuls les champs des coordonnées de l'assuré(e) sont obligatoires. Néanmoins les autres champs permettent une prise en charge plus rapide de l'accompagnement.



### Coordonnées du détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la cellule d'accès aux soins pour des précisions :

- Nom / Prénom :
- Structure :
- Email :
- N° de téléphone :

### Quelles actions le détecteur a-t-il déjà engagées ?

- Dossier de Complémentaire santé solidaire
- Dossier d'action sanitaire et sociale
- Autre

### À faire signer par l'assuré(e) :

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à la cellule d'accès aux soins de ma caisse d'assurance maladie afin que celle-ci me contacte dans le cadre du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé et d'un suivi adapté.

### Signature de l'assuré(e) :

### Mention d'information pour l'assuré(e) :

La mise en œuvre de ce service d'accompagnement nécessite le traitement de données à caractère personnel vous concernant dans le strict respect du principe de confidentialité. Le traitement vise à permettre l'accompagnement et le suivi de votre dossier pour votre accès aux soins et à la santé. Vos données peuvent être transmises, sauf opposition expresse de votre part, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard. Vos données ne sont pas conservées au-delà de 18 mois après la fin de l'action d'accompagnement. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à l'effacement en adressant une demande écrite au directeur de votre caisse primaire d'assurance maladie de rattachement ou à son délégué à la protection des données. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur notre site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.