

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé(e) le
pour être contacté(e) et accompagné(e) par la MAS Oui Non

Informations sur l'assuré :

Nom :

Prénom :

N° SS :

N° de tél :

Email :

1. L'Accès aux droits

L'assuré a besoin de :

- La Complémentaire Santé Solidaire
- Un Accès à un Organisme Complémentaire plus adapté,
- Mise à jour du Dossier (médecin traitant, carte vitale)
- Un accompagnement financier,
- Une inclusion numérique (Compte ameli, orientation vers partenaires acteurs numériques)
- Orientation partenaires (CAF, CARSAT, POLE EMPLOI)

2. Les soins non réalisés

- Consultations chez un médecin généraliste
- Consultations ou acte chez un spécialiste
- Intervention chirurgicale
- Séances de kinésithérapie
- Soins et actes dentaires
- Achats de médicaments
- Appareillages auditifs
- Analyses ou examens médicaux
- Achats de lunettes ou lentilles adaptées
- Autre :

3. L'autonomie

Quelle est son niveau d'autonomie pour réaliser des démarches ?

- Faible
- Moyenne
- Autonome

4. Les causes

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté pour des précisions :

Nom/Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de tél :

Document à transmettre par email :
avenir.cpam-artois@assurance-maladie.fr