

# NE REMETTEZ PAS VOS SOINS A PLUS TARD TROUVONS DES SOLUTIONS ENSEMBLE

Nom structure ou association : .....

Mail : .....

Vous avez des difficultés à consulter un médecin ou faire soigner vos dents ?  
A acheter des lunettes ou un appareil auditif ?  
Afin de vous aider, merci de répondre aux quatre questions ci-dessous :

1 - Avez-vous un médecin traitant ?

OUI  NON

2 - Allez-vous consulter votre médecin traitant quand vous en avez besoin ?

OUI  NON

3 - Avez-vous réalisé tous les soins dont vous aviez besoin ?

OUI  NON

4 - Avez-vous une mutuelle complémentaire et/ou bénéficiez-vous de l'ACS ou de la Complémentaire santé solidaire ?

OUI  NON

Pour quels soins êtes-vous en renoncement ? .....

.....

.....

N° de Sécurité sociale : .....

Prénom : ..... Nom : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone ou mail : .....

J'accepte d'être recontacté(e) par la CPAM pour faire aboutir mes soins.