

AUTO-ÉVALUATION DE RENONCEMENT AUX DROITS ET AUX SOINS

Ne remettez pas vos soins à 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 la Complémentaire santé solidaire ? OUI NON

Pour quels soins êtes-vous en renoncement ?

.....

.....

INCLUSION NUMÉRIQUE

Seriez-vous intéressé(e) par un accompagnement gratuit à l'utilisation du compte ameli ?
OUI NON

Souhaitez-vous bénéficier d'un accompagnement à l'utilisation du numérique ?
OUI NON

N° de Sécurité sociale :

Prénom : Nom :

Date de naissance : N° de téléphone :

Et/ou mail :

J'accepte d'être recontacté(e) par ma caisse d'assurance maladie pour faire aboutir mon dossier.

Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre CPAM de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.