

Démarche : CPAM 24 - MISAS

Organisme : ASS

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Formulaire permettant de solliciter un accompagnement personnalisé pour l'accès aux droits et aux soins

DEPARTEMENT DE RESIDENCE

24 - DORDOGNE

Formulaire à l'usage des assurés résidant en DORDOGNE

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOLLICITÉ

Accompagnement demandé concernant

Il est possible de sélectionner plusieurs options.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Difficultés d'accès aux droits

☐ Renoncement ou difficultés d'accès aux soins

☐ Fragilité face au numérique

☐ Autre accompagnement souhaité

Décrire la problématique rencontrée

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A ACCOMPAGNER

Nom

Prénom

Numéro de sécurité sociale (avec la clé)

Saisir les 15 chiffres sans espace

Numéro de téléphone

Une adresse mail de contact

ENGAGEMENT

En cochant cette case, j'accepte que mes coordonnées soient transmises à la Mission Accompagnement Santé de ma Caisse d'Assurance Maladie afin que celle-ci me contacte pour bénéficier d'un accompagnement santé personnalisé et d'un suivi adapté.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non