FORMULAIRE DE SAISINE
MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ (MAS)

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'interessé le :
1 - pour être contacté et accompagné par les agents de la MAS : ◯ oui ◯ non
2 - pour que la MAS communique au détecteur les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin ◯ oui ◯ non

COORDONNÉES DE L'ASSURÉ QUI ACCEPTE D'ÊTRE RECONTACTÉ :

NOM
Prénom
N° de Sécurité sociale
e-mail

1 - MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE

Précisez :

2 - SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

☐ Retraité ☐ Salarié
☐ Sans emploi :
◯ *RSA* ◯ *AAH* ◯ *Indemnisé pôle emploi*
◯ *Autre*

En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ?
◯ Oui ◯ Non

3 - QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

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

4 - À QUAND REMONTENT LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS ?

5 - QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

☐ Un problème d'accès aux droits
◯ création de dossier
◯ mutation
◯ mise à jour des droits
◯ problème avec la carte Vitale
◯ d'accès à une complémentaire

☐ Un problème de reste à charge
◯ d'avance des frais
◯ de transport
◯ de démarches trop compliquées
(non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement...)
◯ de délais de RDV trop longs
◯ de refus de soins d'un praticien
◯ *autre, précisez*

SELON L'ASSURÉ, CE RENONCEMENT AUX SOINS ENTRAÎNE-T-IL DES CONSÉQUENCES :

☐ sur le maintien à domicile ◯ oui ◯ non
☐ professionnelles ◯ oui ◯ non

Informations utiles permettant à nos services de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation :

EST-CE UN RENONCEMENT : ◯ détecté ◯ exprimé

QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ AMORCÉES ?

Précisez :

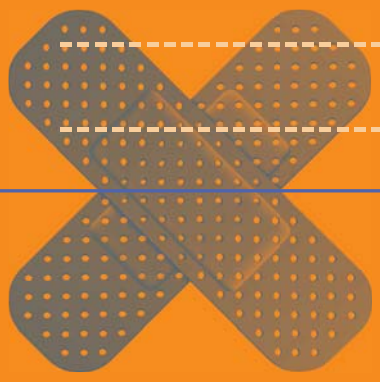
COORDONNÉES DU PARTENAIRE-DÉTECTEUR QUI POURRA ÉVENTUELLEMENT ÊTRE CONTACTÉ PAR LA MAS POUR DES PRÉCISIONS

Nom / prénom
Structure
e-mail
N° de téléphone

Document à transmettre à la MAS - CPAM de Moselle : pfidass.cpam-moselle@assurance-maladie.fr

FORM_MAS - AM Moselle 06/2020

PRÉCISIONS ET ACTIONS ENGAGÉES



FORM_MAS - AM Moselle 06/2020