Bulletin d'inscription

Pour vous inscrire, merci de compléter ce bulletin et nous le retourner sous enveloppe timbrée à l'adresse du centre d'examens de santé

8 rue Victor Lourties BP 151
40013 Mont-de-Marsan Cedex

Vos coordonnées

*Nom ..... *Prénom .....

*Nom de naissance .....

*N° de sécurité sociale .....

*Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

*Adresse .....

.....

*Code postal __ __ __ __ __ *Ville .....

*Téléphone __ __ __ __ __ __ __ __ Portable __ __ __ __ __ __ __ __

Mail ..... *Champs obligatoires.

Vos préférences pour un rendez-vous (cochez 2 cases)

☐ Lundi ☐ Mercredi ☐ Vendredi
☐ Mardi ☐ Jeudi

Dates impossibles du __ __ / __ __ / __ __ __ __
au __ __ / __ __ / __ __ __ __

Votre rendez-vous vous sera confirmé par courrier / par mail

Votre adresse postale ou vos coordonnées téléphoniques pourront être utilisées par les professionnels du centre d'examens de santé pour vous contacter dans le cadre de cet examen de prévention.

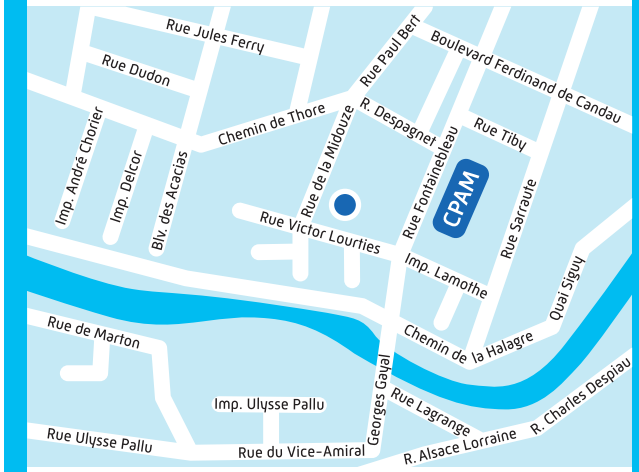
Mentions légales

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'examens de santé. Cet examen implique un traitement de données à caractère personnel vous concernant, dont la mise en œuvre est nécessaire au respect d'une mission d'intérêt public. Les données nécessaires au traitement de votre dossier sont transmises aux professionnels intervenant dans votre examen. Sauf opposition de votre part, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie ou par ses prestataires. Elles sont conservées au maximum vingt ans, à compter de votre dernière venue au centre, puis sont détruites.
Vous êtes également informé que l'hébergement de ces données est assuré par une société française certifiée pour l'hébergement de données de santé qui garantit la sécurité ainsi que la confidentialité de l'ensemble de vos données.
Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du Directeur de votre organisme de rattachement ou de son (sa) Délégué(e) à la Protection des Données. En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Le centre d'examens de santé près de chez vous :

8 rue Victor Lourties BP 151
40013 Mont-de-Marsan Cedex

Plan d'accès au Centre d'Examens de Santé



Pour tout renseignement complémentaire, contactez le :
05 58 85 84 00
ces40.cpam-montdemarsan@assurance-maladie.fr

Toute l'information sur l'Assurance Maladie sur : ameli.fr

Nos partenaires :

Pour en savoir plus, rendez-vous sur **www.ameli.fr** rubrique « examen de prévention en santé ».

ameli.fr

CNAM / CES Maj 11/2020

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Centre d'examens de santé
Landes

ET SI JE FAISAIS LE POINT SUR **MA SANTÉ ?**

EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Votre Centre d'examens de santé vous invite à réaliser un examen de prévention en santé pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

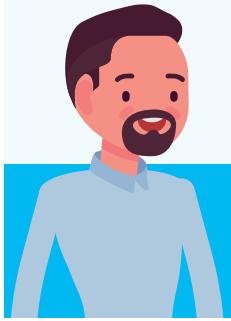
L'EXAMEN DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Un moment **privilégié** pour :

- **Faire un point** sur ma santé ;
- **Parler de mes préoccupations** et obtenir des conseils personnalisés ;
- **Bénéficier** d'actions de dépistage ;
- **Connaître les aides** proposées par l'Assurance Maladie.

À qui s'adresse cette offre ?

- **Aux assurés sociaux du régime général de plus de 16 ans**

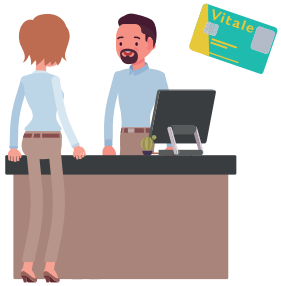


L'examen de prévention en santé **n'est pas obligatoire !**

EN QUOI CONSISTE CETTE OFFRE ?

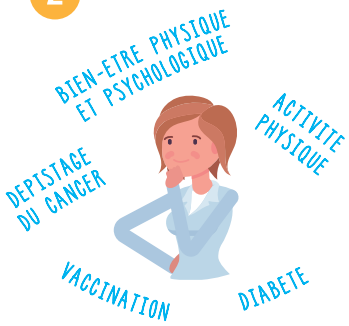
Une équipe pluridisciplinaire à votre écoute vous accueille dans un lieu unique.

1



Un agent d'accueil vous informe sur vos **droits en santé** et vous accompagne, si besoin, dans **vos démarches** (carte vitale, complémentaire santé, déclaration du médecin traitant, DMP…).

2



Des professionnels de santé (médecins, infirmiers, dentistes) abordent avec vous **vos préoccupations** et répondent à **vos questions.**

3

Des examens médicaux et des analyses biologiques réalisés au CES, vous sont proposés **selon votre situation.**

4

Le médecin **envisage avec vous les suites à donner** à votre examen de prévention en santé (médecin traitant, tabacologue...).

5

Le compte-rendu de votre examen de prévention en santé vous est expliqué, et avec votre accord, est envoyé à votre médecin traitant.