	Mission socle **Accès aux médecins traitants**	CPTS Vignes & Calanques
Version : 2/2	**Recherche de médecin traitant**	Rédigé le : 01/02/24

Date de la demande : ……

Réceptionnée par : …… **Traçabilité CPTS faite** : □ OUI □ NON

La personne est-elle au courant de la démarche la concernant : □ OUI □ NON

Personne concernée	Demandeur (si différent de la personne concernée)
Nom : **Nom de naissance** : **Prénom** : **Sexe** : □ Femme □ Homme **Date de naissance** : **âge** : **Adresse** : **Tel** : **Mail** : **Situation familiale** : □ Célibataire □ marié □ Pacse □ Divorcé □ Veuf **Protection juridique** : □ Oui □ Non □ En cours ➢ **Si oui, laquelle ? et coordonnés du mandataire** : **Si mineur, coordonnés du représentant légal** :	**Nom** : **Prénom** : **Tel** : **Mail** : □ La famille / aidant □ Structure sociale ou médico-sociale □ Professionnel de santé libéral □ Mission accompagnement santé (MAS) □ Autre, préciser……
	Pour les structures
	Nom de la structure : **Fonction** :

Détails de la demande	
Nombre de personne concernée : ……	
□ Adulte	□ Mineur
□ Exonération particulière (Exo 3, Exo 5 ….)	□ Personne ayant une Affection longue durée
□ Droit ouvert à la sécurité sociale	□ Mutuelle ou C2S valide
Personne en capacité de se déplacer au cabinet du médecin : □ Oui □ Non Si non, quelle est la raison : …… Emménagement récent sur une des communes du territoire : □ Oui □ Non	

Autres éléments / précisions à communiquer