



FORMULAIRE RELATIF À L'ACCOMPAGNEMENT

PARTIE RÉSERVÉE AU BÉNÉFICIAIRE DE L'ÉVASAN :

Je soussigné(e) _____

désigne comme accompagnateur : _____

Date : _____

Signature du bénéficiaire de l'ÉVASAN : _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'ACCOMPAGNATEUR :

Vous avez accepté d'accompagner une personne malade en évacuation sanitaire.

A ce titre vous bénéficierez des droits suivants :

- La CPS prendra en charge votre titre de transport jusqu'à la destination validée par le médecin conseil pour l'évasan,
- La CPS versera des indemnités de séjour au bénéficiaire de l'ÉVASAN (ou prendra en charge votre hébergement, en cas d'hébergement conventionné) sur la durée nécessaire aux soins du patient,
- Le service social de la CPS, si vous le souhaitez, pourra vous accompagner dans vos démarches (réservation hébergement, contact avec services sociaux sur site évasan...), et vous aider sur le plan financier (selon conditions de ressources),
- Le service médical pourra, au besoin, vous éclairer sur toute question médicale relative au déroulement de l'évasan,
- Le service des soins à l'extérieur sera votre correspondant sur toutes les questions relatives au versement des indemnités de séjour et au règlement des factures de soins.

En tant qu'accompagnateur, **vous avez des devoirs envers le malade** accompagné et envers l'organisme de prise en charge (CPS) :

- L'accompagnateur doit être autonome,
- L'accompagnateur doit visiter le malade hospitalisé chaque jour,
- L'accompagnateur doit aussi être en mesure d'apporter le soutien nécessaire au malade, l'aider dans ses démarches administratives, ses déplacements et les gestes de la vie quotidienne,
- L'accompagnateur doit relayer aux services de la CPS toute information nécessaire au suivi du dossier d'évasan du malade,
- L'accompagnateur doit transmettre ses coordonnées aux services de la CPS et être joignable.

Attention, l'accompagnateur n'a pas le même statut que le malade.

La CPS lui conseille de souscrire à une assurance voyage en cas de soins à l'étranger (séjour, escales)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je, soussigné(e) _____

certifie ne pas être en arrêt de travail et que mon état de santé est compatible avec le rôle d'accompagnateur de M / Mme

au cours de son

EVASAN. Je suis informé(e) du fait qu'un arrêt de travail pendant l'ÉVASAN entraînera la suspension du versement d'indemnités de séjour.

Je serai joignable par téléphone au _____ ou par mail à l'adresse suivante : _____.

Date : _____

Signature de l'assuré(e) _____

