**URGENCE -
renoncement aux droits et/ou aux soins**



**Date de l’entretien :**

|  |
| --- |
| **origine du signalement partenaire** |
| Nom et Prénom de la personne émettrice du repérage et nom de la structure :            Téléphone :      Mail :      Signalement transmis le  à planir.cpam-larochelle@assurance-maladie.fr  |

|  |
| --- |
| **synthèse de la situation** |
| **Assuré(e) :**Nom :  Prénom :  N° de Sécurité Sociale : Adresse :            Téléphone :      Ayant droit concerné :      N° allocataire Caisse d’Allocations Familiales :       |

|  |
| --- |
| **commentaires – préciser si possible la situation administrative** |
| **Descriptif de la situation :**      |