**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 :  J’autorise la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime à utiliser les coordonnées de contact de la structure ci-dessus pour l’informer de la suite donnée à ma demande.  Signalement transmis le  à [partenaires.ADAS.cpam-charente-maritime@assurance-maladie.fr](mailto:partenaires.ADAS.cpam-charente-maritime@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 :** |

**J’accepte d’être recontacté(e) par la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime pour être accompagné(e) dans la réalisation de mes soins.**