**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 :      [x]  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  |

|  |
| --- |
| **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 :**      |

[x]  **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.**