

Fiche de liaison partenaires

Assuré

Nom, prénom :

NIR :

Régime : **Travailleur Indépendant** **Salarié** **Autres**

Bénéficiaire :

Qualité :

Demande du :

Répond au critère d'urgence :

- Interruption ou absence de versement des revenus de remplacement depuis plus d'un mois
- Absence d'ouverture de droits permettant l'accès à des soins programmés dans les 2 semaines à venir
- Dépense de santé (y compris dispositifs médicaux) d'un montant total supérieur ou égal à 200 euros
- Incompréhensions ou situations difficiles des Travailleurs Indépendants
- Situation de détresse sociale

- Accident du Travail/Maladie Professionnelle** **Indemnités journalières maladie/maternité/paternité**
- INVALIDITE** **Complémentaire Santé** **Frais de santé** **Autres (préciser)**

Détail de la demande :

Partenaire (CCAS, CARSATT...) :

Nom, prénom :

Téléphone :