

MER AIR SOLEIL 	QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF A REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE MALADE OU SON REPRESENTANT	Référence : EN OPC 313 Indice : j	Page : 1/2
--	--	---	---------------

Tel : 04.68.88.70.00

Fax : 04.68.88.71.99

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

1. SITUATION DE FAMILLE :

☐ Célibataire
☐ Marié(e)
☐ Veuf(ve)
☐ Divorcé(e)
☐ Concubinage

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :

DOMICILE :

TEL :

PROFESSION :

2. CAISSE D'AFFILIATION (ADRESSE COMPLETE)

N° Immatriculation :

☐ A.T. : Date :

N° A.T. :

☐ Accident causé par un tiers

Date :

3. MUTUELLE (ADRESSE COMPLETE)

N° Adhérent :

Époque à laquelle le séjour doit-être envisagé :

Avez-vous déjà été traité au centre ? : si oui, précisez les années :

4. MODALITES DE SEJOUR :

☐ Chambre particulière (supplément journalier) : tarif : ☐ 80€ ☐ 105€ ☐ 125€ ☐ 140€ ☐ 160€ ☐ 200€ ☐ 385€)

☐ Chambre à deux lits

NOM ET ADRESSE DE L'ASSISTANTE SOCIALE S'OCCUPANT DU PATIENT :

Nom et adresse de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et adresse du médecin traitant :

