



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

à nous retourner remplie **sous 8 à 15 jours** avec  
la copie de votre attestation de droit à jour et votre carte de mutuelle - Merci

Mr    Mme    Mlle   (Cocher la mention)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... lieu : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

SITUATION FAMILIALE			
Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Pacsé(e)	<input type="checkbox"/>
Célibataire	<input type="checkbox"/>	Concubinage	<input type="checkbox"/>
		Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>
		Veuf (ve)	<input type="checkbox"/>
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Salarié(e)	<input type="checkbox"/>	Employeur	<input type="checkbox"/>
Chômage	<input type="checkbox"/>	Etudiant(e)	<input type="checkbox"/>
RMI / RSA	<input type="checkbox"/>	Autres ....	<input type="checkbox"/>
		Retraité(e)	<input type="checkbox"/>
		Invalidé	<input type="checkbox"/>

**MEDECINS**

Médecin prescripteur du séjour : .....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Pneumologue : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Cardiologue : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**SECURITE SOCIALE (CPAM) OU AUTRE CAISSE :**  
joindre une copie de l'attestation de droit mise à jour  
(ne photocopiez pas votre carte)

CODE D’AFFILIATION : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

ADRESSE DE VOTRE CAISSE : .....

Préciser :

CPAM       MFP

MGEN       RAM/RSI

MSA       autres...

TELEPHONE DE VOTRE CAISSE : .....

**MUTUELLE OU CMU**

NOM DE VOTRE MUTUELLE : .....

N° ADHERENT : .....

ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE : .....

TELEPHONE DE VOTRE MUTUELLE : .....

FAX DE VOTRE MUTUELLE : .....

*Joindre une copie de la carte mutuelle mise à jour*

**Type de séjour**

Hospitalisation complète       Ambulatoire

**Date d'entrée souhaitée**  
..... / ..... / .....

**ATTENTION ! La date définitive sera fonction des disponibilités et du dossier médical**

**L'ORIENTATION SERA FAITE À L'EXAMEN DU DOSSIER MÉDICAL**

Chambre individuelle :       NON       OUI (si oui cochez le tarif demandé ci-dessous)

**CLINIQUE LES CLARINES - N°FINESS : 150002608 - DMT : 180 (à communiquer à votre mutuelle)**

TARIFS :  65 €/j -  75€/j -  200€/j

**La chambre est attribuée en fonction des disponibilités de planning de l' Etablissement donc sans garantie**

**DATE :** .....      **SIGNATURE :** .....