

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

- HOSPITALISATION DE JOUR (H.D.J)
 CONSULTATION EXTERNE

MALADE	CAISSE D'ASSURANCE PRINCIPALE
NOM : _____ PRENOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____ NATIONALITE : _____ SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SITUATION Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> DE FAMILLE : Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(s) <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> PROFESSION : _____ N° TELEPHONE : _____ N° TELEPHONE PORTABLE : _____ E-MAIL : _____	N° IMMATRICULATION : _____ <input type="checkbox"/> CAISSE MALADIE NOM : _____ ADRESSE : _____ N° TELEPHONE : _____ SEJOUR EN RAPPORT AVEC ALD (Affection Longue Durée) : ⁽¹⁾ OUI <input type="checkbox"/> (demander 1 certificat à votre médecin traitant) NON <input type="checkbox"/> SEJOUR EN RAPPORT AVEC L'INVALIDITE ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> DEMANDE ALD EN COURS <input type="checkbox"/> DATE DE LA DEMANDE : _____ ⁽¹⁾ joindre l'attestation vitale en cours de validité SEJOUR EN RAPPORT AVEC UN K-OPERATOIRE <input type="checkbox"/> Date du k-opérateur : _____ <input type="checkbox"/> CAISSE ACCIDENT DE TRAVAIL Date accident de travail : _____ NOM : _____ ADRESSE : _____ N° TELEPHONE : _____
ASSURE (à compléter si le malade n'est pas l'assuré)	CAISSE COMPLEMENTAIRE (Mutuelle)
NOM : _____ PRENOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ BUREAU DISTRIBUTEUR : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____ LIEN DE PARENTE AVEC LE BENEFICIAIRE : _____	N° IMMATRICULATION : _____ NOM, PRENOM DE L'ASSURE : _____ N° ADHERENT OU CONTRAT : _____ MUTUELLE NOM : _____ ADRESSE : _____

Les informations collectées dans ce document sont soumises aux droits d'accès et de rectification prévus par la loi 78-17 du 6/01/78 relative à l'informatique et aux libertés. **Compléter le verso =>**

Veuillez agraffer ici
une photo d'identité
(obligatoire pour le
premier séjour)

TARIF à compter du 1^{er} mars 2013

(DMT 178) : 84,71 euros - Forfait PMS : 6,39 euros / semaine
(DMT 179) : 152,89 euros - Forfait PMS : 6,39 euros / semaine
(DMT 180) : 127,94 euros - Forfait PMS : 6,39 euros / semaine
(DMT 466) : 94,31 euros - Forfait PMS : 6,39 euros / semaine

Le tarif de vos séances de soins (discipline 178 -179 - 180 - 466) sera déterminé
à votre admission au Normandy

SEJOURS ANTERIEURS AU NORMANDY

OUI En hospitalisation Sans hospitalisation

Périodes : _____

Merci de nous indiquer le nom de famille utilisé lors de votre dernier séjour, si celui différent de votre nom actuel

NON

PERIODE EVENTUELLEMENT SOUHAITEE

(Cette période n'est pas un engagement de notre part. Nous tiendrons compte de l'urgence de votre rééducation)

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____
Adresse : _____
N° Téléphone : _____

MEDECIN SPECIALISTE

Nom : _____
Adresse : _____
N° Téléphone : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____
Lien de parenté : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

DOMICILE PENDANT LES SOINS :

Hôtel Résidence Secondaire Famille Location
Camping Autres

Préciser Adresse : _____
Téléphone : _____

A _____ le _____

SIGNATURE