



DEMANDE D'ADMISSION

ADMINISTRATIVE

SERVICE DES ADMISSIONS

 **04 86 99 12 82**

 **04 92 45 34 90**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :





Avez-vous déjà séjourné au Centre médical Rhône-Azur Briançon ? Oui Non

Personne à prévenir Lien de Parenté

Adresse :



Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : Tutelle Curatelle Habilitation

Personne responsable et coordonnées :

Sécurité Sociale (Joindre copie de l'attestation de votre Caisse de Sécurité Sociale)



Nom et adresse :

Numéro de sécurité sociale

Mutuelle (Joindre copie de la carte)

Nom et adresse :

Demande de chambre particulière : Oui Non **Sous réserve de disponibilité** (55€ / jour)

Médecin traitant

Nom et adresse :

Date de séjour souhaitée :

Qu'attendez-vous de votre séjour au Centre Médical de Rhône-Azur ?

Lors de votre admission, les traitements personnels ne doivent pas être sortis de leur emballage d'origine de plus, prenez avec vous 48h de traitement avec la prescription.

Par la présente, vous vous engagez à participer aux activités de soins proposées et à respecter votre traitement.

Le règlement intérieur vous sera présenté au début de votre séjour.

J'accepte que l'adresse e-mail communiquée soit utilisée dans le cadre d'une enquête de satisfaction.

Date : Signature

Tél. : **04.86.99.12.82.**

Centre Médical Rhône-Azur – Groupe UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur- Corse

2, avenue Adrien Daurelle 05100 Briançon cedex - cmra.contact.ug-pacac@ugecam.assurance-maladie.fr

www.ugecam-pacac.fr

Etablissement certifié - HAS - V2014, labellisé Education Thérapeutique pour pathologies respiratoires chroniques