

**DEMANDE D'ADMISSION POUR SOINS PALLIATIFS
A . PARTIE ADMINISTRATIVE**

A remplir par le médecin prescripteur et à retourner au service des admissions, accompagnée de la partie médicale.

Date de la demande : **Date de réception de la demande :**

NOM: **PRENOM :**

NOM DE JEUNE FILLE :

Né(e) le :/...../..... à :

Adresse :

N° de téléphone : Portable :

Email.....

Situation familiale :

Enfants :

Date d'admission souhaitée :

Chambre particulière : OUI - NON (83 €/jour éventuellement pris en charge totalement ou en partie par la mutuelle)

A l'issue du séjour - devenir : retour à domicile placement envisagé :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	N° DE TELEPHONE

N° de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--

Etes-vous affilié à la CNMSS ? (Caisse d'assurance maladie militaire) OUI - NON

Si non, merci de renseigner le nom et l'adresse de la caisse d'assurance maladie :

.....

Etes-vous bénéficiaire d'une prise en charge à 100 % éventuelle ? OUI - NON

A quel titre ? ALD Article 115 Autre, précisez :

Le séjour sollicité est-il en rapport avec l'ALD ? OUI - NON

Etes-vous adhérent à une complémentaire santé (mutuelle) ? OUI - NON

Si oui, merci de renseigner le nom et l'adresse de la complémentaire santé :

.....

La copie d'une pièce d'identité peut être jointe à ce formulaire, à défaut le **document d'identité doit être impérativement présenté lors de l'admission**, ainsi que la carte vitale, la carte de mutuelle et une caution (*chèques ou espèces*) qui seront indispensables au tiers payant des frais de séjour (dans la limite de la prise en charge accordée par ces organismes).