



PHOTO  
(obligatoire)

## FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

### Adresse actuelle :

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le (la) patient(e) : \_\_\_\_\_

**ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE délivrant la prise en charge principale :**

Intitulé : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

**(Joindre la photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation – se munir de la carte vitale mise à jour à l'admission)**

**ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :**

Intitulé : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

**(Joindre impérativement la photocopie de la carte d'adhérent à jour en justifiant des droits en cours : nombre de journées prises en charge, risques exclus ...)**

**COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

**(Joindre la photocopie de l'attestation d'affiliation)**