

**FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE POUR UNE DEMANDE DE SEJOUR
EN SOINS MEDICAUX ET READAPTATION AU CENTRE MEDICAL SMR
LE RIO VERT**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Patient :

NOM DE NAISSANCE:.....NOM MARITAL :.....

Prénom.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse :.....

Téléphone.....

Situation de famille

Profession :.....

N° de sécurité sociale :Caisse d'affiliation :

Mutuelle : bénéficiaire de l'APA : oui non

Personne à contacter

NOM :..... Prénom:.....

Lien de parenté :.....

Téléphone.....

Désirez-vous une chambre particulière : oui non

Tarif de la chambre particulière : 45€ tarif conventionné MFP, 50€ tarif non conventionné MFP

Etes-vous déjà venu au Centre Médical SSR le RIO VERT :.....

Si oui, en quelle année:.....

Veillez faire compléter le verso de cette fiche par votre médecin traitant qui doit ensuite adresser cette demande par messagerie sécurisée au Docteur Michel FAVRE, médecin chef de service du centre de soins médicaux et de réadaptation du RIO VERT

