



DEMANDE DE PRÉ-RÉSERVATION

ACCOMPAGNANT PRINCIPALE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Mail : _____

Nombre approximatif de nuit souhaitées : _____ Votre lien de parenté avec le patient : _____

AUTRES ACCOMPAGNANTS

NOM	Prénom	Date de naissance	Adresse - Téléphone

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu d'hospitalisation : _____ Nom du service : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de l'hospitalisation ou de consultation : _____

Important :

Les personnes affiliées à un régime sociale ayant une convention avec la Maison des Familles : Régime Générale, certaines MSA... bénéficient d'une tarification établie en fonction des revenus du ou des foyers fiscaux de la famille et du barème annuel de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Pour bénéficier de ses tarifs chaque résident doit fournir :

- Carte vitale ou attestation de droit à l'Assurance Maladie (à jour)
- Le ou les derniers avis d'imposition du ou des foyers fiscaux de la famille
- Carte de mutuelle à jour

Pour un patient-résident, ajouter un certificat médical précisant que son état de santé ne nécessite aucun soin ou surveillance médicale et qu'il ne présente aucune pathologie contagieuse

Fais-le : _____ à _____

Signature : _____