l'Assurance Maladie
sécurité sociale

caisse primaire centrale
des Bouches-du-Rhône

AVIS D'ADMISSION

Ouverture de droits - Soins à domicile

A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT

Identification de l'Etablissement ou du Service de soins

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

N° d'immatriculation : _____ ___

Régime : _____ Centre de Paiement : _____

NOM : _____ Nom d'épouse : _____

Prénoms : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE DES SOINS

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : ☐ 02 ☐ 09 ☐ autre : ___

Date d'admission ou début des soins : _____

A COMPLETER PAR LA CAISSE D'AFFILIATION

La Caisse atteste qu'à la date d'admission indiquée ci-dessus, l'assuré(e) remplit les conditions d'ouverture de droits au titre de :

☐ Retraité à titre permanent

☐ Handicapé Adulte

☐ C.M.U.

jusqu'au : __ __ ____

☐ Autre : .....

Code régime : ____

A ....., le .....

Cachet de l'organisme

p/ le Directeur,

p/ l'Agent Comptable,

PAO/SIR - Mai 2002