

# LA TÉLÉASSISTANCE À DOMICILE MUTAIN



SERVICE TÉLÉASSISTANCE  
MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN  
C'EST AUSSI :  
LES CAPTEURS DE CHUTES  
LES DÉTECTEURS DE FUMÉES



AIN  
SERVICES DE SOINS  
ET D'ACCOMPAGNEMENT  
MUTUALISTES

SERVICE TÉLÉASSISTANCE  
MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN

Services de Soins  
et d'Accompagnement Mutualistes

2, place G. Clémenceau ■ 01000 BOURG-EN-BRESSE

Tél. : 04 74 32 37 06

E-mail : telealarme@mutain.com  
www.mutain.com



Régie par le Code de la Mutualité.  
Siren n°444 299 887.

## RENSEIGNEMENTS POUR L'INSTALLATION

A RETOURNER  
AVEC LA FICHE CONTACT  
IMPÉRATIVEMENT

PERSONNE RÉFÉRENTE (Amis, famille, ect...)

Mme  Melle  Mr

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL

TÉL.

PORT.

DATE DE NAISSANCE

EMAIL

LIEN AVEC L'ABONNÉ

### INSTALLATION DE VOTRE MATÉRIEL TÉLÉASSISTANCE

Pour une **installation rapide et efficace**, merci de nous communiquer vos 3 disponibilités (hors week-end et jours fériés) :

① Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Matin  Après-midi

② Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Matin  Après-midi

③ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Matin  Après-midi

### REPRÉSENTANT DU MAJEUR PROTÉGÉ

NOM

ADRESSE

TÉL.

PORT.

EMAIL

### PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION

(Si différente de l'abonné)

Mme  Melle  Mr

NOM

PRÉNOM

TÉL.

PORT.

EMAIL

LIEN AVEC L'ABONNÉ

### COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE NOTRE SERVICE TÉLÉASSISTANCE ?

AGENCE ADREA

SERVICE TÉLÉASSISTANCE

INTERNET

ADAPA

PRESSE

AUTRES

(Précisez) .....



# FICHE TECHNIQUE



NOM

N°

DATE DU RDV

A

LUNA 4 + DAAF

CADRE PHOTO

VOILE DE LIT + VEILLEUSE

CHEMIN LUMINEUX SOLEM

ACTIMETIE

PILLULIER

GÉOLOCALISATION

AUTRES .....

**TROUBLES COGNITIFS DÉCLARÉS**  OUI  NON DEPUIS QUELLE DATE ?

**AIDES FINANCIÈRES**

APA

CARSAT

SANS AIDES

AUTRES .....

GIR : .....

CLIC  MDS  
LIEU

Réservé au service MUTAIN

Aidant professionnel  OUI  NON  
*(Aides à domicile, partage de repas, infirmiers,...)*

## AIDANT PROFESSIONNEL 1

NOM, PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL.

PORT.

EMAIL .....

NOMBRE DE PASSAGE DE L'AIDANT

PAR SEMAINE

PAR JOUR

## AIDANT PROFESSIONNEL 2

NOM, PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL.

PORT.

EMAIL .....

NOMBRE DE PASSAGE DE L'AIDANT

PAR SEMAINE

PAR JOUR

## AIDANT PROFESSIONNEL 3

NOM, PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL.

PORT.

EMAIL .....

NOMBRE DE PASSAGE DE L'AIDANT

PAR SEMAINE

PAR JOUR

## REMARQUES DES AIDANTS