

FICHE ADMINISTRATIVE DE DEMANDE D'ADMISSION

A compléter par le patient et à retourner à :

Clinique Soleil Cerdan
21 avenue du Docteur Cunnac - 66340 OSSEJA
Mail : soleilcerdan@orpea.net

IDENTIFICATION PATIENT :

NOM : Prénom :
NOM de jeune fille : Né(e) le : à
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone (fixe) : Téléphone (portable) :
E-mail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone (portable) :
Téléphone (fixe) :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :

ASSURANCE MALADIE : merci de joindre votre attestation d'ouverture de droits en cours de validité

N° de Sécurité Sociale :
 CPAM
 AUTRE CAISSE (à préciser)

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE : merci de joindre la copie recto/verso de votre carte mutuelle en cours de validité

Nom de la Mutuelle :

MEDECIN TRAITANT :

NOM, Prénom :
Adresse :
Téléphone :

MEDECIN PNEUMOLOGUE :

NOM, Prénom :
Adresse :
Téléphone :

MEDECIN CARDIOLOGUE :

NOM, Prénom :
Adresse :
Téléphone :

MEDECIN (préciser) :

NOM, Prénom :
Adresse :
Téléphone :

PHARMACIE HABITUELLE :

NOM de la pharmacie :

Adresse :

Code Postal :

Téléphone :

Ville :

PERIODE SOUHAITEE : Merci d'entourer le mois désiré

Votre date d'entrée sera fixée en fonction des disponibilités durant cette période

JAN* / FEV* / MARS* / AVRIL / MAI / JUIN / JUIL / AOÛT / SEPT / OCT / NOV / DEC*

(*) Surclassement de chambre particulière offert sur ces périodes dans la limite des disponibilités

CHOIX DU TYPE DE CHAMBRE : Merci de cocher le tarif de chambre désirée

ATTENTION : l'attribution de la chambre dépend de la prise en charge de votre mutuelle complémentaire et des disponibilités le jour de votre arrivée.

La différence entre le montant de votre prise en charge mutuelle et le tarif de la chambre choisie restera à votre charge

<input type="checkbox"/> Chambre double	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Essentielle</i> 45€ par jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Intimité</i> 60€ par jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Avantage</i> 100€ par jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Confort</i> 140€ par jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Premium</i> 175€ par jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière <i>Suite</i> 325€ par jour
---	---	--	---	--	--	--

Tarifs valables au 1/06/2023, susceptibles d'évoluer avant votre date d'admission

J'atteste être informé(e) :

- des tarifs de l'établissement (cf. fiche des tarifs ci-jointe)
- qu'une caution de 300 € me sera demandée lors de mon entrée.
- qu'un acompte équivalent à 15 jours de frais de séjours peut m'être demandé le jour de mon entrée.
- que je serai photographié(e) lors de mon admission, dans le cadre de l'identitovigilance, pour améliorer ma sécurité pendant le séjour et éviter les erreurs d'identité.
- de la possibilité de demander l'anonymat (imprimé à demander lors de l'admission).
- de l'existence d'un service de blanchisserie avec participation aux frais ; si je souhaite bénéficier de ce service, j'autorise le marquage (avec un feutre indélébile) du linge donné à nettoyer.
- qu'en cas de dommage causé à autrui, ma responsabilité civile sera engagée ; à défaut d'assurance les frais m'incomberont.

Date :

Signature (avec la mention « lu et approuvé »)

Pièces à joindre obligatoirement :

- Fiche médicale de demande d'admission dûment complétée recto/verso, signée et tamponnée par le médecin prescripteur du séjour
- Ordonnance du traitement en cours
- Certificat médical, établi par votre médecin sur papier ordonnance libre, précisant que votre état de santé nécessite une hospitalisation dans notre Clinique de Soins Médicaux et Réadaptation (SMR, ex-SSR)
- Contrat de soins complété, daté et signé
- Fiche administrative de demande d'admission complétée recto/verso, datée et signée par vos soins
- Attestation d'ouverture de droits sécurité sociale
- Copie recto/verso de votre carte mutuelle en cours de validité
- Désignation d'une personne de confiance (formulaire qui nécessite la signature de la personne que vous désignerez)