


FICHE ADMINISTRATIVE DE DEMANDE D'ADMISSION version 08/25

A compléter par le patient et à retourner à la Clinique

IDENTIFICATION PATIENT :

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

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

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

MESURE DE PROTECTION :

☐ Aucune ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre (préciser) :

Personne à contacter :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : E-mail :

ASSURANCE MALADIE :

- N° de Sécurité Sociale : / ☐ CPAM ☐ AUTRE CAISSE (à préciser)
joindre votre attestation d'ouverture de droits en cours de validité
- Etes- vous bénéficiaire d'une ALD : ☐ OUI ☐ NON
si oui, joindre la copie du volet 3 de votre protocole de soins remis par votre médecin traitant au moment de votre admission à l'ALD
- MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :
joindre la copie recto/verso de la carte mutuelle en cours de validité

MEDECIN TRAITANT :

NOM, Prénom : Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :

MEDECIN PNEUMOLOGUE :

NOM, Prénom : Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :

MEDECIN CARDIOLOGUE :

NOM, Prénom : Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :

MEDECIN (préciser) :

NOM, Prénom : Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :

NOM Prénom du patient

PHARMACIE HABITUELLE :

NOM de la pharmacie :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone :

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

INFORMATIONS RELATIVES AUX CHAMBRES

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

Les différents tarifs pour la chambre individuelle sont les suivants :

Chambre BASIC 45€/jour ☐	Chambre STANDARD 60€/jour ☐	Chambre CONFORT 80 €/jour ☐	Chambre GRAND CONFORT 100 €/jour ☐	Chambre SUPERIEUR 150 €/jour ☐	Chambre PRIVILEGE 325 €/jour ☐
--	---	---	--	--	--

Ci-joint la fiche des Tarifs et descriptifs des chambres, valables au 1^{er}/08/2025, susceptibles d'évoluer avant votre date d'admission.

Le montant de votre prise en charge mutuelle pour la chambre particulière peut être lié au code de Discipline Médico Tarifaire qui, dans notre structure, sont : SMR RESPIRATOIRE code DMT 517 - SMR POLYVALENT code DMT 519

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

Si votre mutuelle complémentaire ne couvre pas la chambre individuelle, une chambre double sans supplément peut vous être attribuée

Chambre double
Sans supplément
☐

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.
- ☐ que, si je ne bénéficie pas de prise en charge par ma mutuelle complémentaire, 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.
- ☐ de la possibilité de demander l'anonymat (imprimé à demander lors de l'admission).
- ☐ de l'existence d'un service de blanchisserie ; si je souhaite bénéficier de ce service, j'autorise le marquage (avec un feutre indélébile) du linge donné à nettoyer.
- ☐ que, en cas de dommage causé à autrui, votre responsabilité civile sera engagée ; à défaut d'assurance les frais vous incomberont.

Date : Signature (avec la mention « lu et approuvé »)

Pièces à fournir obligatoirement :

- ☐ Fiche médicale de demande d'admission dûment complétée recto/verso, signée et tamponnée par le médecin prescripteur du séjour
- ☐ Ordonnance(s) du traitement médicamenteux en cours
- ☐ Si vous bénéficiez d'une ALD, la copie du volet 3 du protocole de soins
- ☐ Contrat de soins
- ☐ 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

DOSSIER COMPLET à retourner par VOIE POSTALE à : Clinique « SOLEIL CERDAN » 21 Avenue du Docteur Cunnac 66340 OSSEJA