

Faites votre réservation dès que possible :  
En déposant ou en renvoyant cette fiche, au service Préadmission

e-mail : [patricia.merlat@elsan.care](mailto:patricia.merlat@elsan.care)  
voie postale : CLINIQUE LE FLORIDE – Service Admission  
1, avenue de Thalassa 66420 LE BARCARES

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?  Oui  Non

**SEJOUR**

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

**Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :**

- Pièce d'identité en cours de validité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs  
- Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom d'usage (ou marital) * :	Prénom* :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance* :	Lieu de naissance :	
Né (e) le* :	Téléphone portable* :	
Adresse* :		
Ville* :	Code postal* :	
Nom du médecin traitant :		
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail* :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

**RENSEIGNEMENTS ASSURE(E)**

Si différents du patient, lien de parenté avec l'ayant-droit par rapport à l'assurée : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :	Né(e) le :	
Adresse :	Téléphone :	
Code postal :	Ville :	

**ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE**

N° de Sécurité Sociale* :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie		
Nom de la Mutuelle* :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent* :			
S'agit-il d'un accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie <input type="checkbox"/> oui	Régime local <input type="checkbox"/> oui		
(*) Les champs indiqués avec une * doivent obligatoirement être renseignés			<b>Tournez la page SVP &gt;</b>

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	PREMIUM	PLATINIUM	PRESTIGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Bouteille d'eau 50cl par jour	✓	✓	✓
Une Solution Hydro Alcoolique	✓	✓	✓
Un Coffre-fort	✓	✓	✓
TV (TNT + Canal+ CINEMA SPORT + National Geographic) & Wifi		✓	✓
Ouverture ligne téléphonique		✓	✓
Trousse bien être (une par séjour)		✓	✓
Petit déjeuner vitalité (tous les jours)		✓	✓
Réfrigérateur		✓	✓
Presse quotidienne			✓
Coin Courtoisie (Machine Nespresso, tisane/thé/café)			✓
Linge de bain (mise à disposition, un kit par semaine)			✓
Votre linge ramassé 1 fois par semaine, rendu lavé et repassé			✓
1 Soin PRESTIGE esthétique ou coiffure (à concurrence de 35€ maximum)			✓
<b>Tarifs/jour</b>	76 €	84 €	104 €
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1<sup>er</sup> au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1<sup>er</sup> juin 2023 - \*sous réserve de disponibilités.

Services à la carte	Chambres doubles				Accompagnant			
	TV + Wifi	Trousse Bien-être	Mise à disposition de linge	Petit déjeuner vitalité	Lit	Nuit + PDJ	½ Pension (nuit + PDJ + 1 repas)	Pension complète (nuit + PDJ + 2 repas)
<b>Tarifs*</b>	7€/jour	7€/unité	7€/unité	4€/unité	30€	34€	45€	55€/unité
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1<sup>er</sup> au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus

## PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

<b>Forfait journalier *</b>	20€/jour
<b>Participation forfaitaire *</b> : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.	24€/séjour

\*Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à .....Le .....

Signature du patient ou de son représentant légal