

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

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

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui

☐ Non

ENR CPA 017 V1

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 : ☐ F ☐ 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 : ☐ Conjoint ☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ☐ oui	Régime local ☐ oui		

(*) Les champs indiqués avec une * doivent obligatoirement être renseignés

Tournez la page SVP >

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 Soins PRESTIGE esthétique ou coiffure (à concurrence de 30€ maximum)			✓
Tarifs/jour	84 €	92 €	112 €
Votre choix	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1^{er} septembre 2025 -

*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)
Tarifs*	7€/jour	7€/unité	7€/unité	4€/unité	49€	55€	73€	85€/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} 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

Forfait journalier *	20€/jour
Participation forfaitaire * : (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 àLe

Signature du patient ou de son représentant légal