

À RETOURNER À :



3055 Avenue de Prades – 66000 PERPIGNAN

Mail : [cliniquedusouffle@5-sante.fr](mailto:cliniquedusouffle@5-sante.fr)

0 806 803 333

Service gratuit  
+ prix appel

## Copie des pièces obligatoires à joindre

- Pièce d'identité
- Carte Mutuelle à jour
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Attestation d'accident du travail ou Maladie Professionnelle le cas échéant



## IDENTITÉ DU PATIENT (écrire en lettres majuscules)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M

Nom de naissance : ..... Né(e) le : ..... À : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone (fixe) : ..... Téléphone (portable) : ..... Mail : .....



## PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : ..... Mail : .....



## ASSURANCE MALADIE

N° de Sécurité Sociale : ..... Nom de la Caisse : .....

Adresse de la Caisse : .....



## MUTUELLE

Nom de la Mutuelle : ..... N° Adhérent : .....

Adresse de la Mutuelle : .....

N° téléphone de la Mutuelle : .....



## POSITION JURIDIQUE

Nom de l'organisme : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Tuteur :  Curateur :  Sauvegarde de justice :

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Mail : .....



Merci de cocher la catégorie de chambre souhaitée, en fonction de votre prise en charge mutuelle.

## CLINIQUE DU SOUFFLE LES CLARINES

### Hospitalisation complète

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Double • gratuite    | <input type="checkbox"/> Confort Plus • 110 €    |
| <input type="checkbox"/> Standard • 50 €      | <input type="checkbox"/> Supérieure • 150 €      |
| <input type="checkbox"/> Standard Plus • 70 € | <input type="checkbox"/> Supérieure plus • 160 € |
| <input type="checkbox"/> Confort • 90 €       | <input type="checkbox"/> Prestige • 280 €        |

### Hospitalisation Ambulatoire

## CLINIQUE DU SOUFFLE LA SOLANE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Double • gratuite    | <input type="checkbox"/> Supérieure • 130 €      |
| <input type="checkbox"/> Standard • 50 €      | <input type="checkbox"/> Supérieure Plus • 160 € |
| <input type="checkbox"/> Standard Plus • 70 € | <input type="checkbox"/> Premium • 230 €         |
| <input type="checkbox"/> Confort • 90 €       | <input type="checkbox"/> Prestige • 280 €        |
| <input type="checkbox"/> Confort Plus • 110 € |  |

## CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALLONIE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Double • gratuite                                     | <input type="checkbox"/> Confort • 90 €       |
| <input type="checkbox"/> Standard • 50 €<br><i>uniquement soins d'urgences</i> | <input type="checkbox"/> Confort Plus • 110 € |
| <input type="checkbox"/> Standard Plus • 70 €                                  | <input type="checkbox"/> Premium • 230 €      |



# FICHE DE PRE-ADMISSION

VOLET MÉDICAL

1/1

## Copie des pièces obligatoires à joindre

- Ordonnances en cours



### PHARMACIE HABITUELLE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



### MÉDECINS

#### Médecin prescripteur du séjour

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Médecin traitant

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Médecin spécialiste 1 • *Pneumologue*

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Médecin spécialiste 2 • *Cardiologue*

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



### ÊTES-VOUS APPAREILLÉ ?

Trachéo  VNI  O2  CPAP

Déambulateur  Canne  Fauteuil roulant



### TOILETTE

Seul(e)  Aide partielle  Aide totale