

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

**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) |                          |                          | ✓                        |
| <b>Tarifs/jour</b>                                                     | 82 €                     | 90 €                     | 110 €                    |
| <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> septembre 2024 -

\*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                 | 49€                      | 55€                      | 73€                              | 85€/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€)<br>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