



KORIAN
CLINIQUES DU SOUFFLE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

À RETOURNER À :

Clinique du Souffle® InfoService
3055 Avenue de Prades, 66000 Perpignan
Mail : **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 :

TARIFICATIONS

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 complète

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 € <i>(uniquement soins d'urgences)</i> | <input type="checkbox"/> Confort Plus • 110 € |
| <input type="checkbox"/> Standard Plus • 70 € | <input type="checkbox"/> Premium • 230 € |

CLINIQUE DU SOUFFLE LE PONTET

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



FICHE DE PRÉ-ADMISSION

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