

À RETOURNER À :



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 :



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

Date et signature du patient :

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