



CLINIQUE VAL PYRÈNE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

À RETOURNER À :

Clinique Val Pyrène InfoService

3055 Avenue de Prades

66000 Perpignan

Mail : **admissions.valpyrene@korian.fr**

Tel : **04 68 30 78 96** - Fax : **04 68 68 51 54**

Copie des pièces obligatoires à joindre :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle ou CMU à jour
- Attestation de sécurité sociale à jour

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 :
 Codepostal : Ville :
 Téléphone : Fax : Mail :



FICHE DE PRÉ-ADMISSION

INFORMATIONS IMPORTANTES

CONCERNE TOUTES LES PERSONNES HOSPITALISÉES *sur notre établissement val pyrène*

Pour le retour au domicile (après votre séjour sur la clinique Val Pyrène), il est demandé de prévoir la somme d'argent nécessaire à l'achat du billet de train ou tout autre moyen de transport. La clinique Val Pyrène ne dispose pas de fonds spéciaux afin d'avancer cet argent.

CONCERNE UNIQUEMENT *les personnes en transfert direct*

Ne pas oublier d'apporter votre bulletin de sortie si vous venez en transfert d'un autre établissement.

CONCERNE UNIQUEMENT *les bénéficiaires de pôle emploi*

Lors de votre admission au sein de notre structure, veuillez vous munir des numéros d'identifiants ainsi que de vos codes confidentiels, suivant votre situation administrative. CAF (concernant les prestations RSA, APL) ; Pôle Emploi (allocation chômage : Allocation Retour à l'Emploi, Allocation Spécifique de Solidarité) ; CPAM (du site Ameli.fr concernant la CMU) ; MSA ; pour les indépendants (Sécurité sociale des indépendants).

Ces numéros d'identifiants et codes confidentiels nous permettront de maintenir vos droits aux prestations suivant votre situation.

Date :

Signature du patient hospitalisé :

**Signature du représentant légal,
le cas échéant tuteur :**



FICHE DE PRÉ-ADMISSION

POUR GARANTIR VOTRE CONFORT, VOTRE INTIMITÉ ET VOTRE BIEN-ÊTRE DURANT VOTRE SÉJOUR

Souhaitez-vous une chambre particulière selon les disponibilités de la clinique ?

Oui Non

Souhaitez-vous la télévision ?

Oui Non

Souhaitez-vous d'ores et déjà que nous vous garantissions la réservation d'une chambre particulière ?

Oui Non

Le choix de votre niveau de confort hôtelier et des services associés, seront abordés et choisis avec la Conseillère Clientèle de la clinique, le jour de votre admission.