



CETTE FICHE CONCERNE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE

SERVICE DES PLACEMENTS

Tél.: 04.42.65.26.14

Fax : 04.42.65.29.04

E-mail : placement@cliniquesaintchristophe.com

Finess : 130785983

- **LE/LA PATIENT(E)**

- Genre

Féminin

Masculin

- Nom :

- Prénom :

- Date de naissance

- Lieu de naissance :

- Situation professionnelle :

- Situation familiale :

- Réside en France

- Oui

- Non

- Tél. portable :

- Tél. domicile :

- Tél. famille :

- Êtes-vous l'assuré(e) :

Oui, je suis l'assuré(e)

Non, une autre personne est l'assuré(e)

- **PERSONNE À PRÉVENIR (EN CAS D'URGENCE)**

- Nom :
- Prénom :
- Tél. domicile :
- Tél. portable :
- Cette personne à prévenir en cas d'urgence est-elle aussi la personne qui peut vous aider à prendre vos décisions ?

Oui, cette personne est aussi la personne de confiance qui peut m'aider à prendre des décisions

Non, c'est une autre personne, dite "de confiance", qui peut m'aider à prendre des décisions

- **SÉCURITÉ SOCIALE (OU ASSIMILÉE)**

- Organisme :

Caisse de sécurité sociale

Assimilé

- Couverture :

80%

100%

- CMU (Couverture Maladie Universelle) :

oui

- AME (Aide Médicale d'Etat) :

oui

- ART 115 :

oui

- Justificatif déclaration AT (à joindre à cette fiche)

- Régime local (Alsace-Moselle) :

Oui

- **MUTUELLE**

- Avez-vous une mutuelle ?

Oui

Non

- **VOTRE SÉJOUR**

- Période d'entrée désirée :

- Chambre particulière souhaitée :

Oui, avec un supplément de 55 à 60 € par jour, selon nos disponibilités

Non (chambre à 2 lits dans ce cas)

- Dans l'attente qu'une chambre se libère, accepteriez-vous une chambre double à votre arrivée ?*

Oui

Non

- Avez-vous déjà séjourné à la Clinique Saint-Christophe ?*

Oui

Non

- **JUSTIFICATIFS A JOINDRE (EN DATE DE VALIDITÉ)**

- Attestation du droit à l'Assurance maladie / AME / CMU / CMU.C
- Photocopie de votre carte mutuelle (recto-verso)
- Photocopie de votre carte d'identité (recto-verso)
- Photocopie de l'ordonnance de votre médecin actuel
- Questionnaire sur vos habitudes alimentaires et physiques (s'il y a lieu)
- Remarques particulières :

En fonction de la date demandée, nous vous contacterons pour vous fixer une date d'admission puis appelez votre mutuelle pour nous faire faxer une prise en charge : soit : 20% (s'il y a lieu), forfait journalier (tarif en vigueur), chambre particulière (s'il y a lieu)
fax : 04. 42. 65. 29. 04

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli et des pièces justificatives demandées. La date d'entrée sera fixée à la réception des prises en charge (s'il y a lieu), en fonction des places disponibles. A son entrée le patient doit être en possession de sa carte vitale et mutuelle à jour, ou à défaut prévoir le règlement du séjour.