

<p>MER AIR SOLEIL</p> 	<p>QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF A REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE MALADE OU SON REPRESENTANT</p>	<p>Référence : EN OPC 313 Indice : j</p>	<p>Page : 1/2</p>
---	--	--	-----------------------

Tel : 04.68.88.70.00
Fax : 04.68.88.71.99

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM : DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

1. SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Concubinage

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :

DOMICILE : TEL :

PROFESSION :

2. CAISSE D'AFFILIATION (ADRESSE COMPLETE)

N° Immatriculation :

A.T. : Date : N° A.T. :

Accident causé par un tiers Date :

3. MUTUELLE (ADRESSE COMPLETE)

N° Adhérent :

Époque à laquelle le séjour doit-être envisagé :

Avez-vous déjà été traité au centre ? : si oui, précisez les années :

4. MODALITES DE SEJOUR :

- Chambre particulière (supplément journalier) : tarif : 80€ 105€ 125€ 140€ 160€ 200€ 385€)
- Chambre à deux lits

NOM ET ADRESSE DE L'ASSISTANTE SOCIALE S'OCCUPANT DU PATIENT :

Nom et adresse de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et adresse du médecin traitant :

MER AIR SOLEIL 	QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF A REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE MALADE OU SON REPRESENTANT	Référence : EN OPC 313 Indice : j	Page : 2/2
--	--	---	---------------

Annexe : Tarifs TTC (au 15/09/2023)

Tarifs des chambres particulières*	Prix
Chambre Basique	80 €
Chambre Confort	105 €
Chambre Grand Confort 1	125 €
Chambre Grand Confort 2	140 €
Chambre Grand Confort 3	160 €
Chambre Privilège	200 €
Chambre Grand Privilège	385 €

*Les prestations comprises dans les différentes formules sont consultables auprès de notre secrétaire des admissions

Caution d'entrée : 650€

Location télévision : 6€ / jour (TNT) et 7,5€ / jour (TNT + Canal+)

Ouverture de ligne téléphonique : 5,5€ plus le crédit téléphonique

Abonnement wifi : 15€ la semaine et 40€ le mois

Machine à laver : 6€ le lavage et 4€ le séchage

Centre MER AIR SOLEIL
 Route de Port-Vendres
 66190 COLLIOURE
Tel : 04.68.88.70.00
Fax : 04.68.88.71.99

Nom médecin demandeur :

Nom médecin traitant (si différent) :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Antécédents :

Objectifs du séjour demandé :

État clinique et fonctionnel actuel :

Autonomie :

- | | | | |
|------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| – Toilette | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| – Habillage | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| – Alimentation | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| – Élimination urinaire | <input type="checkbox"/> Continent | <input type="checkbox"/> Incontinent | |
| <hr/> | | | |
| – Élimination fécale | <input type="checkbox"/> Continent | <input type="checkbox"/> Incontinent | |

Traitement médical (joindre copie ordonnance):

Nom	Posologie
-----	-----------

Oxygène : OUI NON

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Chambre particulière : OUI NON

Confirmation d'admission :