



CLINIQUE VAL PYRÈNE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

À RETOURNER À :
Clinique Val Pyrène - Service pré-admission
 51 Boulevard François Arago,
 66120 Font-Romeu
 Mail : **admissions.valpyrene@korian.fr**
 Tel : **04 68 30 78 30**

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 :**