

Date d'entrée : _____ Heure : _____

Date de sortie : _____ Heure : _____

PATIENT

☐ Masculin

☐ Féminin

Nom de naissance : _____

Nom d'usage / Nom marital : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Séparé(e)

☐ Pacsé(e)/Concubinage

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf/ve

COUVERTURE SOCIALE

☐ Assuré(e) ☐ Bénéficiaire N° CAFAT : _____

Nom/ Prénom de l'assuré : _____

Mutuelle : _____ N° : _____

☐ Assuré(e) ☐ Bénéficiaire

Aide médicale : ☐ Sud ☐ Nord ☐ Iles N°

EMPLOYEUR

Nom : _____ Tel : _____

Accident du travail : ☐ Non ☐ Oui du _____

COORDONNÉES

ADRESSE PRINCIPALE

N°, Nom du bâtiment, rue : _____

Lotissement / Quartier : _____ Code Postal : _____

Commune : _____ BP : ☐ oui ☐ non

N° BP : _____ Code Postal BP : _____ Commune BP : _____

COORDONNÉES

Tél domicile : _____ Tel portable : _____

Adresse Mail : _____

HÉBERGEMENT DURANT LE SÉJOUR

Si vous habitez hors Nouméa ou hors grand Nouméa et que vous êtes hébergé durant votre séjour, merci de nous indiquer l'adresse d'hébergement sur Nouméa ou grand Nouméa :

Nom hébergeur : _____ Lien de parenté : _____

Tél domicile : _____ Tel portable : _____

PERSONNES À PRÉVENIR

Nom / Prénom : _____ Tel : _____ Lien : _____

Nom / Prénom : _____ Tel : _____ Lien : _____

Nom / Prénom : _____ Tel : _____ Lien : _____

Avez-vous été hospitalisé(e) hors territoire (hors Wallis et Futuna) ou au CHT (en réanimation ou en USC) pendant les 12 derniers mois ?

☐ OUI ☐ NON

Règlement de la totalité des frais d'hospitalisation

Je soussigné _____ Représentant légal / tuteur de : _____

- ☒ M'engage à régler la totalité des frais d'hospitalisation non pris en charge par une couverture sociale
- ☒ M'engage à payer les frais de tous les examens à ma charge (soins médicaux, imagerie et analyses biologiques) dans le cadre d'une consultation aux urgences
- ☒ A été informé(e) que la Clinique est un lieu ouvert et que les biens conservés dans ma chambre restent sous mon entière responsabilité (*armoire à code à disposition*)

HOSPITALISATION COMPLÈTE

Chambre Junior (Réservée aux -18 ans)	Chambre Individuelle (Sous réserve de disponibilités)
8 950 F / j	13 500 F / j
Forfait journalier inclus	Forfait journalier inclus
Offre Premium (TV + Wifi)	Wifi
Inclus : 1 accompagnant (Dîner + lit compris)	1 accompagnant autorisé sous réserve de l'accord préalable de l'équipe soignante (Lit selon disponibilité - Repas non fourni)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Les accompagnants ne sont pas autorisés.

Je m'engage à payer le forfait journalier de **1900F / jour également dû le jour de la sortie.**

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

MATERNITÉ

Chambre Individuelle (21 m²)	Chambre Parentale (25 m²)	Suite Familiale (52 m²)
13 500F / j	19 500 F / j	23 500 F / j
Forfait journalier inclus	Forfait journalier inclus Vue Mer + climatisation individuelle	Forfait journalier inclus Vue Mer + Climatisation individuelle
Wifi	Offre Premium (TV + Wifi)	Offre Premium (TV + Wifi)
Lit simple	Lit Double 160 x 190 cm	Télé Ecran géant 186 cm Lit Double 160 x 190 cm + Lit à barreaux pour enfant -3 ans
1 accompagnant autorisé sous réserve de l'accord préalable de l'équipe soignante (Lit d'appoint dans chaque chambre - Repas non fourni)	Inclus : 1 accompagnant (Dîner + petit déj inclus)	Inclus : 2 accompagnants (1 adulte et 1 enfant) Dîner + petit déj inclus
	Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire	Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire Espace Salon - Canapé
CHOIX DE LA CATEGORIE DE PRESTATION (à cocher)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RGPD
CLINIQUE KUINDO-MAGNIN

Traitement de vos informations :

La Clinique collecte et traite sous sa responsabilité les informations qui vous sont demandées, pour la bonne gestion de votre demande d'admission, y compris au titre de l'identitovigilance. Ce traitement est fondé sur une obligation légale, notamment en application de la Délibération n°12/CP du 3 mai 2005. Toutes les informations demandées sont obligatoires : à défaut, la Clinique ne pourra pas procéder à l'admission. Ces informations sont à destination des personnels administratifs en charge des admissions et de la facturation des séjours, et des personnels de santé qui participeront à votre prise en charge.

Certaines de ces informations seront aussi communiquées aux organismes assurant votre couverture sociale. Enfin, elles pourront être accessibles aux sous-traitants qui interviennent sur le système d'information de la Clinique, dans des conditions garantissant leur protection. Vos informations pourront être conservées jusqu'à 30 ans après votre dernier séjour. À cet égard, il est précisé que l'article L.1110-4 du Code de la santé publique applicable à la Nouvelle-Calédonie prévoit que « lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ».

Pour exercer vos droits : dpo@cliniques.nc.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos informations et vos droits : consulter la notice affichée dans le hall principal de la Clinique, ou celle plus complète publiée sur notre site internet, rubrique « Admission ».