

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 _____

COORDONNEES

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 : _____

HEBERGEMENT 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 ou au CHT dans 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 COMPLETE

<p>Chambre Junior (Réservée aux -18 ans)</p> <p>8 950 F / j</p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Inclus : 1 accompagnant</p> <p>(Lit + Dîner compris)</p>	<p>Chambre Individuelle (sous réserve de disponibilités)</p> <p>12 500 F / j</p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Wifi</p> <p>1 accompagnant autorisé</p> <p>Informations et règlements aux admissions au niveau 0</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATERNITE

<p>Chambre Individuelle (21 m²)</p> <p>12 500F / j</p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Wifi</p> <p>Lit simple</p> <p>1 accompagnant autorisé (Informations et règlements aux admissions au niveau 0)</p>	<p>Chambre Parentale (25 m²)</p> <p>19 500 F / j</p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Vue Mer</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Lit Double 160 x 190 cm</p> <p>1 accompagnant autorisé la nuit (Dîner + petit déj inclus)</p> <p>Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire</p>	<p>Suite Familiale (52 m²)</p> <p>23 500 F / j</p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Vue Mer + Climatisation individuelle</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Télé Ecran géant 186 cm</p> <p>Lit Double 160 x 190 cm + Lit à barreaux pour enfant -3 ans</p> <p>Accompagnants autorisés (1 adulte et 1 enfant de -3 ans)</p> <p>Dîner + petit déj inclus</p> <p>Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire Espace Salon - Canapé</p>
CHOIX DE LA CATEGORIE DE PRESTATION (à cocher)		
<input type="checkbox"/>	<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**.

Dans le cadre de ma prise en charge médicale, j'accepte que mes données personnelles soient susceptibles d'être partagées aux partenaires de soins de la Clinique.

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