

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

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 : i	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

MER AIR SOLEIL	QUESTIONNAIRE MEDICAL DEMANDE DU PLACEMENT EN SMR A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT	Référence : EN OPC 314 Indice : e	Page : 1/1
----------------	--	---	---------------

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):

Oxygène : OUI NON

Nom

Posologie

-
-
-
-
-
-
-
-

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Chambre particulière : OUI

NON

Confirmation d'admission :