



# Les Acacias

Centre des Maladies Respiratoires et Allergiques

46 Route de Grenoble

BP 29

05 107 Briançon

Accueil : 04.92.25.39.00

Admission : 04.92.25.39.04

Fax : 04.92.20.52.16

Email : [admission@lesacacias.fr](mailto:admission@lesacacias.fr)

## Fiche de liaison administrative

A remplir par le patient

### Votre identité

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mobile..... Email : .....

Date de séjour souhaitée : ..... Nombre de séjours déjà effectués dans le Centre : .....

### Vos médecins

Votre pneumologue/Nom : .....

Adresse.....

Votre médecin traitant /Nom : .....

Adresse.....

Lequel des deux vous a prescrit le séjour ?.....

### Vos organismes

Numéro SS : .....

Nom et coordonnées de votre Caisse SS.....

.....

Mutuelle (Nom et coordonnées de votre Caisse Complémentaire).....

.....

### Informations complémentaires

Par quel moyen avez-vous connu notre Etablissement ?

Par quel moyen de transport envisagez-vous de vous rendre dans notre Etablissement ?

Voiture personnelle

Transport en commun

Taxi, VSL, ambulance

## Les frais d'hospitalisation sont composés de :

- **Forfait journalier** : OBLIGATOIRE pour chaque hospitalisation.

Il est de 18€ par jour. Ce forfait journalier est généralement pris en charge par votre mutuelle, en fonction du contrat que vous avez souscrit.

Il convient donc de vous rapprocher de votre organisme complémentaire afin de vérifier cela avec eux avant votre hospitalisation.

Demandez-leur de vous préciser également le nombre de jours pris en charge dans l'année (de nombreux contrats ne garantissent qu'un nombre limités de jours / an).

- **La Chambre** : Il existe deux types de chambre :

- **Les chambres doubles** : Notre établissement ne dispose que de 5 chambres doubles **prioritairement réservées aux couples hospitalisés. L'hospitalisation dans ces chambres** (qui implique que vous partagiez un même espace de vie avec un autre patient pour une durée moyenne de six semaines voire plus), **ne peut en aucun cas être garantie**. Votre admission ne pourra alors se faire qu'en chambre particulière aux tarifs indiqués au verso.

- **Les chambres simples** : dont les prix dépendent du niveau de confort.

Les frais de chambre peuvent également être pris en charge par votre mutuelle.

**Afin de pouvoir vous attribuer une chambre selon vos souhaits, nous vous demandons de vous rapprocher avant votre séjour de votre mutuelle, en leur précisant QUE VOTRE SEJOUR AURA LIEU DANS « UN CENTRE DE REEDUCATION RESPIRATOIRE DONT LE CODE DE DISCIPLINE DMT EST 465 (LE N° DE L'ETABLISSEMENT OU CODE FINESS EST 050000488)»**

**et nous retourner impérativement ce document complété au verso**

**VOS FRAIS D'HOSPITALISATION**  
**POUR VOTRE SEJOUR**  
**AUX ACACIAS**

**LE FORFAIT JOURNALIER :**

- Votre mutuelle prend-elle en charge le forfait journalier ?  oui  non
- Si oui, nombre de jours de prise en charge restant pour l'année en cours :.....

**LA CHAMBRE :** merci d'indiquer votre choix

- Bénéficiaire de la CMU ou l'Aide à la Complémentaire Santé
- Chambre double (réservée en priorité aux couples hospitalisés. Délai d'attente pour l'admission potentiellement plus long)
- Chambre double de préférence, mais à défaut de place chambre particulière à 40€ par jour facturée
- Chambre particulière à 40 € par jour
- Chambre particulière à 50 € par jour (rénovée)
- Chambre particulière à 70€ (avec balcon)
- Votre mutuelle prend-elle en charge la chambre particulière?  oui  non
- Si oui, quel montant par jour ?
- Nombre de jours de prise en charge restant pour l'année en cours :.....

**IMPORTANT :**

- A défaut de choix de votre part, l'établissement vous attribuera une chambre en fonction de ses disponibilités pour laquelle vous devrez acquitter les frais.

- En cas de facturation, possibilité de mettre en place des prélèvements échelonnés.
- Possibilité de pratiquer le tiers payant (si accord existant avec votre mutuelle)

**Mentions obligatoires :**

NOM - PRENOM :

Date :

Signature :

**Pièces à joindre impérativement à votre dossier**

***Photocopie recto verso de votre carte d'identité (ou passeport et permis de conduire).***

***Photocopie recto verso de votre carte de mutuelle.***

***Photocopie de votre attestation d'ouverture de droits.***

***Fiche de liaison médicale ci-jointe dûment remplie par votre médecin.***

***Ordonnance et traitement en cours.***