



zPA

FICHE DE PRÉ-ADMISSION HOSPITALISATION

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui☐ Non

Faites votre préadmission avant votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes avant la consultation).

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission

- Pièce d'identité en cours de validité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail patient/représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Lien de parenté par rapport à l'assuré(e) :	
Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	Téléphone :
Code postal :	Ville :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
S'agit-il d'un accident du travail : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez-vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100 % (exonération du ticket modérateur) ☐ oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ☐ oui	Régime local ☐ oui		



zPA

Services hôteliers HOSPITALISATION

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?

	SOLO	CONFORT	PRIVILEGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV (TNT et Bouquet CANAL +)		✓	✓
Wifi		✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique		✓	✓
Trousse bien-être (1 savon, 1 gel douche, 1 shampoing, 1 lait corps, 1 brosse à dents, 1 dentifrice, 1 peigne, 1 lot de coton tiges, 1 lot de mouchoirs) + Duo de serviettes			✓
Tarifs/jour	95 €*	102 €*	117 €
Votre choix	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1^{er} septembre 2025.

*sous réserve de disponibilité.

SERVICES A LA CARTE					
	Chambre double		Packs hôteliers	Accompagnant	
	TV (TNT et CANAL+)	Wifi au séjour		Repas complet (entrée, plat, laitage, dessert)	Pack nuitée (lit & PDJ)
Tarifs*	9 €/jour	7 €	De 10 à 20 €/unité	12,50 €/unité	21 €/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐

*Les tarifs s'entendent TTC.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant* à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Forfait journalier	20 €/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120 €). Pour tout acte inférieur à 120 €, un ticket modérateur pourra vous être demandé.	24 €/séjour

*Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Albi, Le

Signature du patient ou du représentant légal :