ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ NANCY-LORRAINE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION
HOSPITALISATION

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? ☐Oui ☐Non

SEJOUR

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- **Pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- **Carte mutuelle**
- **Carte vitale ou attestation de sécurité sociale**
- **Attestation d'accident du travail le cas échéant**
- **Pour les mineurs**
  - **pièce d'identité ou livret de famille**
  - **Autorisation d'opérer signée par les 2 parents**
- **Pour les majeurs protégés : copie du placement sous une mesure de protection judiciaire**

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

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) SI DIFFERENT DU PATIENT

Lien de parenté par rapport à l'assuré(e):	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	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

ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ NANCY-LORRAINE

Services hôteliers
HOSPITALISATION

Je soussigné(e) ……. (prénom/nom) né(e) le : …….. /……../…….. 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			✓
Coffre-fort	✓	✓	✓
TV (TNT & bouquet CANAL+)		✓	✓
Ouverture de la ligne téléphonique (communications en supplément)		✓	✓
Parking (1 ticket de sortie délivré par séjour au moment de la sortie patient. Valable uniquement dans le parking P3 ; Parking Silo)			✓
Trousse bien-être (une par séjour) : *un savon, un gel douche, un shampoing, un lait corps, une brosse à dents, un dentifrice, un peigne, 3 coton-tige, 3 mouchoirs papiers*			✓
Petit déjeuner Continental quotidien ** : *boisson chaude, pain individuel, beurre, confiture, miel, yaourt brassé bio nature, trio de mini-viennoiseries, jus d'orange*			✓
Menu Gourmet (un par séjour) ** : *entrée, plat, dessert & boisson au choix sur la carte* **OU** un sac à linge, un pilulier et une pochette délivrés lors de votre sortie*			✓
Tarifs/jour	**124€**	**134€**	**170€**
Votre choix	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1er juillet 2026.

**sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contre-indications médicales*

	SERVICES À LA CARTE										
	Chambre double								Accompagnant		
	TV (TNT & bouquet Canal+)	Casque	Trousse Bien-être	Ouverture de ligne téléphone	Duo de serviettes	Chaussons hôteliers	Petit déjeuner Continental	Menu Gourmet	Pack nuitée (Nuit+ Petit Déjeuner)	Pack nuitée + ½ pension	Pack nuitée + Pension complète
Tarifs	8€/jour	5€/séjour	7€/unité	6€/unité	10€/unité	4€/unité	8€/unité	25€/unité	47€/unité	65€/unité	76€/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

Forfait journalier	23 €/jour
Participation forfaitaire : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€).* *Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.*	32 €/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 ……Le …… Signature du patient ou de son représentant légal :

Hôpital Privé Nancy Lorraine – 2 rue Marie Marvingt – 54000 Nancy
Tél : 03 83 93 50 00 - hpnl.preadmission@elsan.care
www.elsan.care/fr/hopital-prive-nancy-lorraine