

FICHE DE PRÉ-ADMISSION HOSPITALISATION

SUITE À VOTRE HOSPITALISATION, ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP) SOIT ALIMENTÉ AVEC LES DOCUMENTS RELATIFS À VOTRE SORTIE ? Oui Non

Faites votre préadmission au plus tard le jour de votre consultation d'anesthésie ou transmettre par mail : ppi.admission@elsan.care

SEJOUR

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

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
- 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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur)	<input type="checkbox"/> oui	
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie <input type="checkbox"/> oui	Régime local	<input type="checkbox"/> oui	

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*	✓	✓	✓
Climatisation	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV (TNT) + WIFI		✓	✓
Ouverture de la ligne téléphonique		✓	✓
Communications nationales incluses			✓
Sac "Clinique"		✓	✓
Trousse bien être (Shampooing, lait corps, gel douche, dentifrice, brosse à dents, savon doux, peigne, mouchoirs en papier et cotons-tiges)		✓	✓
Duo de serviettes			✓
Coin Courtoisie (Tassimo + thé/café à discrétion)			✓
Petit déjeuner Continental quotidien **			✓
Tarifs/jour	104 €	118€	145€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	SERVICES À LA CARTE									
	Chambre double			Trousse Bien-être	Duo de serviettes	Petit déjeuner Continental	Accompagnant			
	TV	Wifi	Ouverture de la ligne téléphonique (Communications : 0.15€/minutes)				Repas accompagnant	Pack nuitée (lit & PDJ Continental)	Menu Gourmet	Pack nuitée ½ pension
Tarifs	7€/jour	5€/jour	3.5€/séjour	8€/unité	10€/unité	8€/unité	15€/par repas	31€/unité	20€/unité	50€/unité
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou de son représentant légal: