ELSAN
CLINIQUE FONTVERT

FICHE DE PRÉ-ADMISSION
HOSPITALISATION

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

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

Numéro de téléphone du service admission : 04 90 03 63 33

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 d'identité, passeport, titre de séjour, permis de conduire nouvelle génération)
- Carte mutuelle
- Carte vitale ou attestation de sécurité sociale
- Attestation d'accident du travail ou maladie professionnelle 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
  - Autorisation d'opérer signée par le tuteur

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 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
CLINIQUE FONTVERT

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 ?	**CHAMBRE PARTICULIERE SOLO***	**CHAMBRE PARTICULIERE CONFORT***	**CHAMBRE PARTICULIERE PREMIUM**	**CHAMBRE PARTICULIERE EXTRA***
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓	✓
TV (TNT)		✓	✓	✓
Wifi		✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓	✓
Coin Courtoisie (Machine à café)			✓	✓
Petit réfrigérateur *un jus de fruit, une eau plate, une eau gazeuse*			✓	✓
Petit déjeuner continental***			✓	✓
Garantie de réservation			✓	
Design hôtelier				✓
Tarifs/jour	130 €	135 €	160 €	200 €
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 01 septembre 2026
**sous réserve de disponibilité. **sous réserve de contraintes médicales*
**** 3 Viennoiseries, un yaourt, un jus de fruit, une confiture individuelle bonne maman, un petit pain, un petit beurre*

	SERVICES A LA CARTE			
	Chambre double	**Accompagnant**		**Pack Accompagnant**
	TV (TNT)	**Petit déjeuner standard**	**Repas midi ou soir**** Entrée, plat chaud, fromage (uniquement le midi), dessert (yaourt le soir) Chambre premium / premium extra : carte de prestation disponible dans le service d'hospitalisation	**Lit + petit déjeuner**
Tarifs	9€/jour	2.50€/unité	12€/unité	30€/nuit
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