

SÉJOUR

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

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement ? Oui Non

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

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- 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.

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né(e) le :	Tél./portable :	
Adresse :	Code postal :	
	Ville :	
Votre adresse Mail :		
Personne à prévenir, nom :	Tél./portable :	Lien de parenté :
Nom de votre médecin traitant :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Si différents du patient, lien de parenté avec l'ayant-droit par rapport à l'assurée : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :	Né(e) le :	
Adresse :	Code postal :	
	Ville :	

ASSURANCE ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse Caisse d'Assurance Maladie :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse Mutuelle :		
N° 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. 115 (victimes de guerre) <input type="checkbox"/> Oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui		
CMU (Couverture Médicale Universelle) <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).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	CHAMBRE PARTICULIÈRE		
	SOLO	CONFORT	PRIVILÈGE
Chambre privative*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Garantie de réservation			<input checked="" type="checkbox"/>
Coffre-fort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TV (TNT + CANAL+)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ouverture de la ligne téléphonique (communications en supplément)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse « Bien-être » (1 par séjour)			<input checked="" type="checkbox"/>
Petit Déjeuner Gourmand (sauf le jour de l'intervention puis selon avis médical)			<input checked="" type="checkbox"/>
Un Menu Gourmet pendant votre séjour (sauf le jour de l'entrée et selon avis médical) OU Un sac à linge, un pilulier et une pochette lors de votre sortie** (en échange de votre ticket Menu Gourmet)			<input checked="" type="checkbox"/>
Tarifs/jour	115 €	125 €	160 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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} janvier 2024. *Sous réserve de disponibilités.

**Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

	SERVICES À LA CARTE							
	TV	CASQUE	TROUSSE BIEN-ÊTRE	OUVERTURE DE LIGNE	MENU GOURMET	ACCOMPAGNANT		
						NUIT + PETIT DÉJEUNER	1/2 PENSION	PENSION COMPLÈTE
Tarifs*	8€/jour	5€/unité	7€/unité	6€/séjour	20€/repas	45€/jour	63€/jour	73€/jour
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"/>

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

PARTICIPATIONS LIÉES À 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) :

Signature du patient (nom/prénom/liens de parenté) :

Fait à Le