



AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ETABLISSEMENT?  Oui  Non

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

## SÉJOUR

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

### 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 :
  - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
  - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTURIENTE

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 / gynécologue :	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail de la parturiente /du représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

## RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Lien de parenté avec 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 :		
<b>Bénéficiez-vous de :</b>		
Art. L.212-1 Code de pension militaire : Oui <input type="checkbox"/>	100% (exonération du ticket modérateur) : Oui <input type="checkbox"/>	
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie : Oui <input type="checkbox"/>	Régime local : Oui <input type="checkbox"/>	

# SERVICES HÔTELIERS MATERNITÉ

Tarifs au  
11 janvier 2023

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).

## MATERNITÉ

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO	CONFORT	PRIVILÈGE	COCOONING
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓	✓
Chambre climatisée			✓	✓
Garantie de réservation			✓	
TV (TNT & bouquet CANAL+)		✓	✓	✓
WIFI haut débit		✓	✓	✓
Trousse de toilette bien-être (coton tige, dentifrice, peigne, mouchoirs, brosse à dents, gel douche, shampoing, lait du corps, savon doux) & chaussons hôtelier			✓	✓
Mise à disposition d'un duo de serviettes pour le séjour			✓	✓
1 bon pour commander un book-26 pages de vos photos personnelles (offre partenaire/frais de port uniquement à régler)***			✓	✓
Petit déjeuner gourmet quotidien**		✓	✓	✓
Menu gourmet**				Midi
Offre Courtoisie (Meuble réfrigéré, thé, café)				✓
Coffret de bienvenue bébé (body, bavoirs, cape de bains)				✓
Pack nuitée Accompagnant : nuitée + petit déjeuner gourmet** <i>Toute personne sans prestation accompagnant ne pourra rester dans les locaux en dehors des horaires de visite (08h30-20h00)</i>				✓
<b>Tarifs/jour</b>	<b>93 €</b>	<b>103 €</b>	<b>140 €</b>	<b>210 €</b>
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<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 applicables au 11 janvier 2023.

\* Sous réserve de disponibilités. \*\* Sous réserve de contraintes médicales et des horaires d'admission.

\*\*\* Offre sans lien avec la venue de la photographe en chambre.

SERVICES À LA CARTE DISPONIBLES							
À L'ACCUEIL						EN CUISINE	
	TV	Wifi	Trousse de toilette Bien-être	Duo de serviettes	Pack nuitée accompagnant partiel (nuitée+petit déjeuner gourmet)	Pack nuitée accompagnant complet (nuitée+petit déjeuner gourmet+repas standard)	Menu gourmet**
<b>Tarifs*</b>	<b>8 €/jour</b>	<b>8 €/jour</b>	<b>8 €/unité</b>	<b>10 €/unité</b>	<b>38 €/unité</b>	<b>70 €/unité</b>	<b>25 €/unité</b>
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Merci de vous rendre à l'accueil pour toute demande	Merci de vous rendre à l'accueil pour toute demande	Merci de contacter la cuisine au 4365 pour toute commande.
Articles disponibles en vitrine à l'accueil. Merci de vous adresser au bureau des admissions au RDC.							

\*Les tarifs s'entendent TTC. \*\* Avant 10h pour le repas du midi et avant 15h pour le repas du soir.

## PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

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

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

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 ou de son représentant légal

Fait à ..... Le.....