

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Oui Non

Faites votre préadmission après votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes après 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 ASSURE(E)

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 :			
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	PRIVILÈGE	PRIVILEGE DUO
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓	✓
Chevet mini-bar	✓	✓	✓	✓
TV (TNT)		✓	✓	✓
Wifi		✓	✓	✓
Presse numérique		✓	✓	✓
Trousse bien** être & chaussons hôtelier		✓	✓	✓
Duo de serviettes			✓	✓
Cape de bain pour bébé			✓	✓
Coin Courtoisie (Tassimo® + thé/café/ chocolat et boissons fraîches)			✓	✓
Menu Gourmet au choix (1 dîner/jour)			✓	✓
Petit déjeuner Continental quotidien ***			✓	✓
Pack nuitée accompagnant (linge de lit & PDJ Continental)				✓
Tarifs/jour	84€	94€	130€	150€
Votre choix	<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 au 1er mai 2022. *sous réserve de disponibilité.
Contient une brosse à dent en bambou, dentifrice 10g, peigne, coton-tiges, paquet de mouchoirs et des produits de la marque ALGOTHERM® : gel douche 33ml, shampoing 33ml, lait corps 33ml, savon 25g.* sous réserve de contraintes médicales.

SERVICES À LA CARTE						
Tarifs	Chambre double	Trousse Bien-être	Duo de serviettes	Petit déjeuner Continental	Accompagnant	
	TV				Pack nuitée (lit & PDJ Continental)	Menu Gourmet*
	6€/jour	8€/unité	11€/unité	8€/unité	25€/unité	20€/unité
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. *Seules les commandes prises avant 10h pour le dîner, et la veille avant 18h pour le repas du midi seront pris en compte.

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

Montants 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) :

Fait àLe

Signature du patient ou de son représentant légal