

À REMETTRE AUX BUREAUX DES PRÉADMISSIONS 30 MIN AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Oui Non

SEJOUR

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Nom de votre praticien : | |
| Votre date d'entrée : | Votre date d'intervention : |

Pièces obligatoires à présenter avec cette fiche de pré-admission :

- **Pièce d'identité du patient** (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour ou livret de famille pour les enfants) + **pièces d'identité des parents pour les mineurs**
- **Carte vitale** ou attestation de sécurité sociale
- **Carte de tiers payant mutuelle**
- **Attestation d'accident de travail** le cas échéant

Documents à transmettre au service de soins lors de votre admission :

- **Ordonnances** des traitements en cours
- **Autorisation d'opérer** signée par le patient ou par les 2 parents si mineur
- 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 : | Téléphones : | |
| Adresse : | | |
| Ville : | Code postal : | |
| Médecin traitant : | Ville : | |
| Personne à prévenir : | Téléphone : | Lien de parenté : |
| Mail patient/représentant légal : | | |
| Nom et coordonnées du représentant légal éventuel : | | |

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) SI DIFFÉRENT 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 | PRIVILÈGE |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chambre privative, calme et intime* | ✓ | ✓ | ✓ |
| Garantie de réservation | | | ✓ |
| Télévision (TNT) | | ✓ | ✓ |
| Wifi | | ✓ | ✓ |
| Ligne téléphonique avec 10€ de communication | | ✓ | ✓ |
| Chaussons hôteliers | | ✓ | ✓ |
| Trousse Bien-être*** Produits ALGOTHERM® : gel douche, shampoing, lait corps, savon et brosse à dent, dentifrice, peigne, cotons-tiges, mouchoirs | | | ✓ |
| Quotidien régional « La Montagne » du lundi au samedi** | | | ✓ |
| Pack accompagnant** : lit + petit déjeuner continental | | | ✓ |
| Tarifs/jour | 74 € | 89 € | 109 € |
| 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 1er septembre 2022 -- *sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contraintes médicales. ***Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

SERVICES À LA CARTE

| | Télévision (TNT) | Casque TV <i>Obligatoire en chambre double</i> | Wifi haut débit | | | Ligne téléphonique | Pack accompagnant <i>Lit + petit-déjeuner continental</i> |
|--------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | 1 jour | 7 jours | 30 jours | | |
| Tarifs | 6€/jour (3€ à partir du 16 ^{ème} jour) | 2€/unité | 5 € | 29 € | 34 € | 0,18/unité | 20€/nuit |
| Votre choix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Trousse Bien-Être <i>Descriptif ci-dessus</i> | Trousse Petit Prince© <i>Savon, shampoing, gel douche, jeu casse-tête</i> | Pochette Mes petites choses <i>21x15cm</i> | Duo de serviettes <i>Serviette : 50x100cm Carré invité : 30x30cm</i> | Chaussons hôteliers <i>T35-38 ou T38-42</i> | Chaussons Petit Prince© <i>T33</i> |
|--------------------|--|--|---|---|--|---------------------------------------|
| Tarifs | 8€/unité | 8€/unité | 5€/unité | 10€/unité | 5€/unité | 5€/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.

PARTICIPATIONS LIEES A 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 €). <i>Pour tout acte inférieur à 120 €, un ticket modérateur pourra vous être demandé.</i> | 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 :