

Vous devez effectuer impérativement votre pré-admission sur internet :

<https://gentilly.monadmission.fr>



Cette solution permet de simplifier vos démarches et de limiter l'attente aux bureaux des pré-admissions.

- Si votre pré-admission n'est pas validée, vous devez la compléter le jour de votre consultation pré-anesthésie.
- Prévoir d'arriver au moins 1h avant l'heure de votre rendez-vous.

SÉJOUR

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

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).

AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'
Espace privatif, calme et intime*		✓
Pause gourmande (sucrée ou salée)** <i>1 boisson chaude, 1 verrine gourmande (compote, fromage blanc, spéculoos), 1 brioche, 1 salade de fruits</i> OU <i>1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille d'eau 50cl.</i> <i>Pour les ORL :</i> <i>1 crème dessert à la vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50 cl.</i>	✓	✓
TV	✓	✓
Ma trousse « Ambu' »*** <i>Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraichissantes, chausse-pied, crayon à papier.</i>	✓	✓
Tarifs / séjour	30€	75€
Votre choix**	<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} octobre 2022.

*Chambre particulière attribuée sous réserve de disponibilité.

A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers*)

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

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

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

<p>Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre complémentaire santé.</p>	24€ / séjour
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

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

Fait à Le