

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Oui Non

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

SEJOUR

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

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
- 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
- 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 :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	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

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO	CONFORT	PRIVILEGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV (TNT) + WIFI		✓	✓
Ouverture de la ligne téléphonique		✓	✓
Communications nationales incluses			✓
Sac "Clinique"		✓	✓
Trousse bien être		✓	✓
Duo de serviettes			✓
Coin Courtoisie (Tassimo + thé/café à discrétion)			✓
Petit déjeuner Continental quotidien **			✓
Tarifs/jour	97 €	109€	137€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1er janvier 2023 --

*sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contraintes médicales

	SERVICES À LA CARTE									
	Chambre double			Trousse Bien-être	Duo de serviettes	Petit déjeuner Continental	Accompagnant			
	TV	Wifi	Ouverture de la ligne téléphonique (Communications : 0.15€/minutes)				Repas accompagnant	Pack nuitée (lit & PDJ Continental)	Menu Gourmet	Pack nuitée ½ pension
Tarifs	7€/jour	5€/jour	3.5€/séjour	8€/unité	10€/unité	8€/unité	15€/par repas	30€/unité	20€/unité	50€/unité
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"/>	<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€). 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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Le

Signature du patient ou de son représentant légal: