

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 :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

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"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone/portable :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :		
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURE(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° 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. 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).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO	PREMIUM	PRIVILEGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV (TNT)		✓	✓
Wifi		✓	✓
Trousse bien être – Peignoir de bain – Mise à disposition du linge de bain		✓	✓
Petit déjeuner gourmand			✓
Offre Courtoisie (mini-bar + thé/café + eau)			✓
Linge de toilette (mise à disposition)			✓
Petit déjeuner « Plaisir gourmand » quotidien			✓
Tarifs/jour	90€	97€	110€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<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} mars 2019 - *sous réserve de disponibilités.

	SERVICES À LA CARTE							
	Chambre double		Trousse Bien-être	Mise à disposition de linge	Petit déjeuner gourmand	Accompagnant		
	TV	Wifi				Petit déjeuner gourmand	Repas	Lit
Tarifs*	9€/jour	7€/jour	7€/unité	7€/unité	7€/unité	7€/unité	10€/unité	10€/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"/>

*Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant* 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 :