

**La préadmission est obligatoire à toute hospitalisation, merci de vous présenter aux bureaux des préadmissions avant la consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes) ou au minimum 15 jours avant l'intervention en l'absence de consultation.**

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?  Oui  Non

## SÉJOUR

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

### Documents 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) et **pièces d'identité des deux 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 ASSURÉ(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/maladie pro. ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiaire – 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) ..... (Prénom/NOM) né(e) le : ...../...../.....  
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*	✓	✓	✓
<b>Garantie de réservation</b>			✓
Télévision (TNT)		✓	✓
Wifi		✓	✓
Ligne téléphonique avec 10€ de communication		✓	✓
Chaussons hôteliers		✓	✓
Trousse Bien-être** Fabriqués à base de matières recyclées : produits ALGOTHERM® (savon, gel douche, shampoing, lait corps), brosse à dents, dentifrice, peigne, cotons tiges, mouchoirs			✓
Quotidien régional « La Montagne » du lundi au samedi***			✓
Pack nuitée accompagnant*** : lit + petit déjeuner continental			✓
<b>Tarifs/jour</b>	82 €	95 €	115 €
<b>Votre choix</b>	<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 19 avril 2024.

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

\*\*\* sous réserve contre-indications médicales.

SERVICES À LA CARTE	CHAMBRE DOUBLE				CHAMBRE PARTICULIÈRE
	Télévision (TNT)	Casque TV	Wifi	Ligne téléphonique	Pack nuitée accompagnant***
<b>Tarifs</b>	6,50€/jour Puis 3€/jour à partir du 16 <sup>ème</sup> jour	2,50€/unité	5€/jour	0,20€/unité	25€/nuit
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICES À LA CARTE	Trousse Bien-Être	Trousse Petit Prince®	Duo de serviettes	Chaussons hôteliers	Chaussons Petit Prince®
	Descriptif ci-dessus	Savon, shampoing, gel douche, jeu casse-tête	Serviette : 50x100cm Carré invité : 30x30cm	T35-38 ou T38-42	T33
<b>Tarifs</b>	8€/unité	8€/unité	10€/unité	5€/unité	5€/unité
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC.

## PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

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

<b>Forfait journalier</b>	20€/jour
<b>Participation forfaitaire :</b> (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 à ..... Le ..... Signature du patient ou de son représentant légal :