

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? ☐ Oui ☐ Non

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

Numéro de téléphone du service admission : 04 90 03 63 33

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 en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, permis de conduire nouvelle génération)
- Carte mutuelle
- Carte vitale ou attestation de sécurité sociale
- Attestation d'accident du travail ou maladie professionnelle 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
 - Autorisation d'opérer signée par le tuteur

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ 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 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 : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ☐ oui	Régime local ☐ 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 (mutuelle), 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 ?	CHAMBRE PARTICULIERE*	CHAMBRE PARTICULIERE PREMIUM*
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓
Wifi	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓
Coin Courtoisie (Machine à café + thé/café à discrétion)		✓
Petit réfrigérateur		✓
Petit déjeuner amélioré **		✓
Tarifs/jour	130 €	160 €
Votre choix	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 01 juillet 2025

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

« **Arrêté du 30 mai 2018** : Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins »

« Les tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, sont à votre charge et/ou à celle des organismes d'assurance maladie complémentaires »

	SERVICES A LA CARTE			
	Chambre double	Accompagnant		Pack Accompagnant
	TV	Petit déjeuner	Repas midi ou soir	Lit + petit déjeuner
Tarifs	5€/jour	2,50 €/unité	8 €/unité	30€/nuît
Votre choix	☐	☐	☐	☐

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 complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou de son représentant légal