

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ 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 en cours de validité
- 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
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

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 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 : ☐ 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, 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	PRIVILEGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Ouverture Ligne Téléphonique**		✓	✓
TV (TNT & bouquet CANAL+)		✓	✓
Wifi		✓	✓
Trousse bien être *		✓	✓
Presse locale quotidienne*			✓
Coin Courtoisie (réfrigérateur + thé/café à discrétion)*			✓
Petit déjeuner Continental quotidien **			✓
Tarifs/jour	89 €	98 €	116 €
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 1er septembre 2024.

*sous réserve de disponibilité. ** Communications en sus 0.15€/mn. *** sous réserve de contraintes médicales

SERVICES À LA CARTE								
						Accompagnant		
	TV	TV SOLO	TELEPHONE	WIFI	Trousse Bien être	Lit Accompagnant	Petit-Déjeuner Continental	Menu Gourmet
Tarifs	5€/jour	7€/jour	1€/jour + Communications 0.15€/mn	5€/jour	8€/unité	16.00€/jour	8€/unité	20€/unité
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: