



Madame, Monsieur,

Vous allez séjourner prochainement à la Clinique Rhône Durance.

Afin de diminuer l'attente lors de votre admission, nous vous demandons de bien vouloir remplir et signer les documents ci-joints. Vous les remettrez à la secrétaire de l'accueil ou du bureau des admissions lors de votre inscription en pré admission (à faire le plus tôt possible dès que vous avez connaissance de la date de votre intervention). Si vous rencontrez des difficultés, la personne qui vous recevra vous renseignera.

Pour votre séjour, pensez à apporter :

### Vos effets personnels :

- Pyjama, pantoufles...
- Votre linge de toilette et produits d'hygiène
- Un moyen de paiement pour régler les frais restant à votre charge au moment de votre sortie

### Pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré admission :

- |                                                                               |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ▪ Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille) | ▪ <b>Pour les mineurs :</b>                                |
| ▪ Carte vitale                                                                | - Carnet de santé fortement recommandé                     |
| ▪ Carte de mutuelle                                                           | - livret de famille                                        |
| ▪ Attestation d'accident du travail le cas échéant                            | - pièces d'identité <b>des deux parents</b>                |
|                                                                               | - Autorisation d'opérer signée par <b>les deux parents</b> |

### Renseignements nécessaires pour votre mutuelle :

- Hospitalisation service urologie / chirurgie (**DMT 137**)
- Hospitalisation service cardiologie / médecine cardio vasculaire / médecine interne (**DMT 223**)

**N ° DE FAX / 04.90.14.81.80**

**Code FINESS / 840013312**

Nous vous remercions de votre collaboration.

**La Direction**

Nous vous rappelons que le livret d'accueil est à votre disposition dans l'établissement. Il vous donnera tous les renseignements nécessaires et vous permettra de prendre connaissance de vos droits. Vous pouvez également consulter notre site internet : [www.rhone-durance.groupe-elsan.com](http://www.rhone-durance.groupe-elsan.com).

Une quinzaine de jours après votre sortie, vous recevrez par mail l'enquête nationale e-satis transmise par la Haute Autorité de Santé qui vous permettra de donner votre avis sur votre séjour. N'hésitez pas à la compléter, vous contribuerez ainsi à l'amélioration du processus qualité de l'établissement.

La commission des Usagers reste à votre écoute en cas de réclamation. Vous trouverez les coordonnées dans le livret d'accueil.



# FICHE DE PRÉ-ADMISSION HOSPITALISATION

ELSAN

## CLINIQUE RHONE DURANCE

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

### INFORMATIONS CONCERNANT 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/portable :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
<b>MAIL (IMPORTANT) :</b>		
<b>MEDECIN TRAITANT :</b>		<b>Téléphone :</b>
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

### PERSONNE A PREVENIR

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone/portable :
Lien de parenté :	

### PERSONNE DE CONFIANCE

(PARENT OU PROCHE CONSULTE EN CAS D'INCAPACITE D'EXPRIMER VOTRE VOLONTE)

☐ JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

☐ JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone/portable :
Lien de parenté :	

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :



# Hôtellerie & Services personnalisés



## HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	CONFORT	PREMIUM	PRIVILEGE
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓
TV (TNT)		✓	✓
Wi-Fi		✓	✓
Trousse bien-être			✓
Petit déjeuner Continental (mini viennoiseries, croissant, pain au chocolat, pain aux raisins)			✓
Coin Courtoisie (réfrigérateur, jus de fruits, café/thé)			✓
Tarifs/jour	115 €	125 €	140 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1<sup>er</sup> au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1<sup>er</sup> sept 2025.

\*sous réserve de disponibilités. \*\* sous réserve de contraintes médicales

	SERVICES À LA CARTE							
	Chambre double		Trousse Bien-être	Mise à disposition téléphone	Petit déjeuner gourmand	Accompagnant		
	TV	Wifi				Lit accompagnant	Repas	Petit déjeuner
Tarifs*	11€/jour	10€ séjour	8€/unité	0,40 cts unité	8€/unité	16€/nuit	12€/unité	5 €/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<sup>er</sup> 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 à .....Le .....

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).

Signature du patient ou de la personne accompagnante :



# Hôtellerie Service Ambulatoire



Je soussigné(e) .....déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de la mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

## AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIERE AMBU'
Espace privatif, calme et intime		✓
Pause gourmande	✓	✓
Tablette Multimédia		✓
Wi-Fi	✓	✓
La trousse ambu	✓	✓
Tarifs/séjour	35 €	90 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC.

\*sous réserve de disponibilités

## PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120 €) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent être remboursés par votre mutuelle.	24 €/ séjour

Nombre de cases cochées

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :