

La préadmission est obligatoire avant toute hospitalisation, merci de vous présenter aux bureaux des préadmissions ou de transmettre ce document complété accompagné des pièces justificatives par mail au moins 15 jours avant votre admission.

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Oui Non

SÉJOUR

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

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 :		
Bénéficiez – 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).

SERVICES À LA CARTE	Pack nuitée accompagnant*** (sur réservation) Lit d'appoint et petit-déjeuner Continental	Pack accompagnant demi-pension*** (sur réservation) Lit d'appoint, petit-déjeuner Continental et repas Gourmet	Menu Gourmet*** (sur réservation) Entrée, plat, dessert et boisson au choix	Pack Fraîcheur* Ventilateur électrique nomade, brumisateur d'eau Evuluderm®, gourde avec housse en néoprène, 10 lingettes rafraîchissantes
Tarifs	25€/nuit	45€/nuit	25€/unité	12€/unité
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICES À LA CARTE	Duo de bain Serviette : 50x100cm Carré invité : 30x30cm	Trousse Bien-Être* Savon, gel douche, shampoing et lait corps ALGOTHERM, brosse à dents, dentifrice, peigne, cotons tiges, mouchoirs.	Chaussons hôteliers T35-38 ou T38-42	Trousse Petit Prince©** Savon, shampoing, gel douche, yoyo	Chaussons Petit Prince©** T33 (21cm)
Tarifs	10€/unité	8,50€/unité	5,50€/unité	8,50€/unité	5€/unité
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICES À LA CARTE	Pochette Mes petites Choses 21x15cm	Totebag 42x38cm	Sac à linge 60x45cm	Ouverture ligne téléphonique	Consommation téléphonique	Quotidien « La Montagne »
Tarifs	5€/unité	8€/unité	8€/unité	2€/séjour	0,22€/unité	1,50€/unité
Votre choix	<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 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1^{er} septembre 2024. Descriptifs des prestations détaillés sur notre site Internet.

*Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs. **Participation au développement de la Fondation Antoine de Saint-Exupéry qui se concentre depuis 2008 sur des projets éducatifs destinés aux enfants et aux jeunes défavorisés. *** sous réserve de contre-indications médicales.

PARTICIPATIONS LIÉES À 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 à Le

Signature du patient ou de son représentant légal :