

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER CETTE FICHE AVANT VOTRE RESERVATION auprès du service de pré admission

SÉJOUR

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

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? Oui Non

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- Pièce d'identité
- 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

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Téléphone :	
Né (e) le :	Mail :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Lien de parenté		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur, sauvegarde de justice et /ou représentants légaux.		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) SI DIFFERENT

Nom d'usage (ou marital) ::	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse :		
S'agit-il d'un accident du travail :	Date de l'accident :		
Caisse Mutuelle :	Adresse :		
N° d'adhérent :			
Bénéficiez – vous de :			
Art. 115 (victimes de guerre) <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> oui		
CMU <input type="checkbox"/> oui	ACS <input type="checkbox"/> oui	Régime local <input type="checkbox"/> oui	

Tournez la page SVP >

NOS SERVICES HÔTELIERS

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

AMBULATOIRE

	CONFORT AMBULATOIRE	PREMIUM AMBULATOIRE	PLATINIUM AMBULATOIRE
Espace privatif, calme et intime	✓		✓
Pause gourmande (sucrée ou salée)		✓	✓
TV (TNT + bein sport)		✓	✓
Wifi limitée		✓	✓
La « Gazette »		✓	✓
Trousse Ambu new personnalisée		✓	✓
Tarifs séjour	35 €	30 €	65 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOS ENGAGEMENTS

Je reconnais être informé de ne pas conserver d'objets de valeurs pendant la durée de l'hospitalisation. La Polyclinique ne peut être tenue responsable en cas de vol ou de perte. Conformément à la Loi 92.614 du 06/07/1992, elle se tient à disposition des patients pour recevoir les objets de valeur en dépôt pendant la durée de l'hospitalisation. Si toutefois, vous étiez contraint de conserver avec vous certains objets nécessaires à votre séjour, nous vous préconisons de les déposer au coffre du service ambulatoire. Attention, certains objets ne sont pas acceptés dans le coffre (ordinateur portable, téléphone portable et clés). Merci de votre compréhension

Je reconnais avoir pris connaissance du livret d'accueil, et devoir prendre connaissance du règlement intérieur affiché dans la chambre.

Je choisis et je m'engage à payer directement la Polyclinique, déduction faite de la participation des organismes de tiers payant (sécurité sociale, mutuelle), les frais de séjour (participation assuré transitoire de 24 €, ticket modérateur), les prestations hôtelières choisies, ainsi que le dépassement d'honoraires défini avec le praticien.

Je m'engage à verser, le jour de l'entrée, au regard de ma couverture sociale, un acompte ou le règlement des frais de séjour (incluant les dépassements d'honoraires) dont le montant me sera fixé lors de ma préadmission, Soit la (les) somme(s) de €.

Je m'engage à assurer une présence permanente au chevet de l'enfant de moins de 12 ans hospitalisé.

J'autorise la divulgation de ma présence auprès de mes éventuels visiteurs

J'autorise : - l'anesthésie, l'intervention et les soins adéquats
- les soins du médecin d'astreinte en cas de nécessité

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Nîmes, Le Signature du patient :

PARTIE RESERVEE A VOTRE PRATICIEN

Date d'intervention : ____/____/____

Service de : Chirurgie ambulatoire

Dépassement d'honoraires : _____ €

Cotation :

Motif d'hospitalisation :

ALD : Oui Non

Nîmes, le ____/____/____

Signature du Chirurgien / Gynécologue-Obstétricien