

FICHE de PRÉ-ADMISSION HOSPITALISATION

ELSAN
POLYCLINIQUE DE GENTILLY

Vous devez effectuer impérativement
votre pré-admission sur internet :

<https://gentilly.monadmission.fr>



Cette solution permet de
simplifier vos démarches et de
limiter l'attente aux bureaux des
pré-admissions.

- Si votre pré-admission n'est pas validée, vous devez la compléter le jour de votre consultation pré-anesthésie.
- Prévoir d'arriver au moins 1h avant l'heure de votre rendez-vous.

SÉJOUR

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

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement ? ☐ 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 : ☐ M ☐ F
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né(e) le :	Tél./portable :	
Adresse :	Code postal :	Ville :
Votre adresse Mail :		
Personne à prévenir, nom :	Tél./portable :	Lien de parenté :
Nom de votre médecin traitant :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Si différents du patient, lien de parenté avec l'ayant-droit par rapport à l'assurée : ☐ Conjoint ☐ Enfant		
Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :	Né(e) le :	
Adresse :	Code postal :	Ville :

ASSURANCE ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse Caisse d'Assurance Maladie :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse Mutuelle :		
N° Adhérent :			
S'agit-il d'un accident du travail : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez-vous de :			
Art. 115 (victimes de guerre) ☐ Oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ Oui		
CMU (Couverture Médicale Universelle) ☐ Oui	Régime local ☐ Oui		

HÔTELLERIE et SERVICES PERSONNALISÉS



Tarifs au
1^{er} avril 2021

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).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	CHAMBRE PARTICULIÈRE		
	CONFORT	PREMIUM	PRESTIGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
Coffre-fort	✓	✓	✓
TV (TNT + CANAL+)		✓	✓
Ouverture de la ligne téléphonique (<i>communications en supplément</i>)		✓	✓
Trousse « Bien-être » (<i>1 par séjour</i>)			✓
Petit Déjeuner Gourmand (<i>sauf le jour de l'intervention puis selon avis médical</i>)			✓
Un Menu Gourmet pendant votre séjour (<i>sauf le jour de l'entrée et selon avis médical</i>) OU Un sac à linge, un pilulier et une pochette lors de votre sortie (<i>en échange de votre ticket Menu Gourmet</i>)			✓
Tarifs/jour	98 €	105 €	140 €
Votre choix	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. *Sous réserve de disponibilités

	SERVICES À LA CARTE							
	TV	CASQUE	TROUSSE BIEN-ÊTRE	OUVERTURE DE LIGNE	MENU GOURMET	ACCOMPAGNANT		
						NUIT + PETIT DÉJEUNER	1/2 PENSION	PENSION COMPLÈTE
Tarifs*	8€ / jour	3€ / unité	7€ / unité	6€ / séjour	20€ / repas	45€ / jour	63€ / jour	73€ / jour
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus.

MON CONSEILLER ELSAN+

- ☐ **J'atteste avoir reçu le document d'information concernant Mon conseiller Elsan+** et avoir pu poser toutes les questions à la clinique concernant ce service personnalisé réalisé en partenariat avec DOMPLUS.
- J'ai pris connaissance du contenu du service, de ses conditions générales de vente et également de mes droits en matière de protection des données personnelles. Je comprends en particulier qu'il est strictement nécessaire que la clinique transmette mes coordonnées à DOMPLUS afin que je puisse bénéficier du service.*
- J'accepte les Conditions Générales de Vente et je souscris à Mon conseiller Elsan+ pour le prix de 15€ TTC, le service sera actif à compter du lendemain de la souscription.*

PARTICIPATIONS LIÉES À 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) : ☐

Signature du patient (*nom/prénom/lien de parenté*) :

Fait à Le