

FAITES VOTRE RESERVATION DANS LES 48H :

En déposant ou en renvoyant cette fiche, au service 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 :	Profession :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Mail :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	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 (couverture médicale universelle)	<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 de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous (sous réserve de disponibilités).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO	SOLO CONFORT	SOLO CONFORT PLUS
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓
Ouverture ligne téléphonique		✓	✓
TV (TNT + Canal Plus)		✓	✓
Wifi illimité		✓	✓
Trousse Bien être		✓	✓
Presse			✓
Offre Courtoisie (réfrigérateur + thé/café + eau)			✓
Petit déjeuner « Plaisir gourmand » quotidien			✓
Tarifs/jour	70 €	83 €	100 €
Votre choix	<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

	SERVICES À LA CARTE						
	TV	TV SOLO	TELEPHONE	LIT ACCOMPAGNANT	TROUSSE BIEN-ETRE	PETIT-DEJEUNER GOURMAND	MENU GOURMET
Tarifs *	5€/jour	7€/jour	1€/jour + communications 0.15€/mn	15.50€/jour	7€/ unité	7€/unité	20€/unité
Votre choix	<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 1er 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 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 àLe

Signature du patient :