

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 DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

 Oui Non**COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES (recto-verso) 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 :		
Personne de confiance :	Téléphone :	
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	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 (couverture médicale universelle)	<input type="checkbox"/> oui	Régime local	<input type="checkbox"/> oui



NOS SERVICES HÔTELIERS



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

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière?

CHAMBRE PARTICULIÈRE

Chambre privative, calme et intime*



Tarifs (TTC)

72€/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

*Sous réserve de disponibilités

SERVICES À LA CARTE

	TV	WIFI	TÉLÉPHONE	TROUSSE DE TOILETTE	ACCOMPAGNANT	
					DÉJEUNER OU DÎNER	LIT + PDJ
Tarifs (TTC)	5€/jour	5€/jour	5€ puis communication à 0.22€ l'unité	8€ /unité	15€ /unité	30€ /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 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus

FORFAIT PARCOURS PATIENT

Je choisis de bénéficier du Forfait Parcours Patient d'un montant de 12€ TTC/séjour.

En contrepartie des démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ ou en aval de votre séjour dans l'établissement : par exemple, avant votre admission, pour une mise en relation directe avec votre organisme complémentaire pour connaître vos garanties et les conditions de prise en charge/ en sortie de séjour, pour faciliter votre retour à domicile (services sociaux, hébergement post hospitalisation, réservation de taxi, transports, réseaux de ville)

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
Forfait journalier : <i>ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.</i>	20€/jour
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 mutuelle.</i>	18€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Le Signature du patient :