

Cachet du praticien

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION**A RETOURNER IMPERATIVEMENT
AVANT TOUTE HOSPITALISATION***A renseigner impérativement*Hospitalisation complète* Ambulatoire**

Entrée prévue le ____/____/____ à ____ H ____

*Je reste au minimum une nuit à la Clinique **Je ne reste aucune nuit à la Clinique

En rapport avec ALD : Oui Non Maternité Terme prévu le/...../.....**Nom de votre chirurgien / obstétricien :** Dr _____**HOSPITALISE (E)**

Nom d'usage _____ Nom de naissance _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____ Sexe F H Nationalité _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone Portable ____/____/____/____/____ Téléphone Fixe ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____@_____

Votre adresse mail sera utilisée **uniquement** dans le cadre de l'enquête E-SATIS, diligentée par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de mesurer la satisfaction concernant votre hospitalisation. Plus d'informations sur www.has-sante.fr.Etes-vous sous tutelle ? Oui Non **Si oui, veuillez compléter l'autorisation d'opérer spécifique.**Avez-vous un Dossier Médical Partagé ? Oui NonSi non, souhaitez-vous créer votre DMP lors de votre admission ? Oui Non**Nom de votre médecin généraliste :** Dr _____

Adresse complète _____

**ASSURE (E)****ASSURE(E)** si différent de l'hospitalisé

Nom d'usage _____ Nom de naissance _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____ Sexe F H **CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE**

Nom de votre caisse _____

Adresse complète _____

Numéro d'immatriculation sécurité sociale ____/____/____/____/____/____

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE OU MUTUELLE

Nom de votre mutuelle _____

Adresse complète _____

Numéro d'adhérent du contrat _____

Est-ce un accident de travail ? Non Oui Si oui, date ____/____/____ (joindre une attestation d'accident de travail)

Nom de votre employeur _____

Adresse complète _____

**PERSONNE A PREVENIR**

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté _____ Numéro de téléphone : ____/____/____/____/____

**Tournez la page
SVP**



Hébergement en Hospitalisation complète et en Maternité

 Chambre double

Possibilité de choisir des prestations à la carte :

- Télévision + Wifi illimité 9€/jour
- Ligne téléphonique 5,50€/séjour + consommation

 Chambre particulière**69€/jour***

Chambre particulière

Possibilité de choisir des prestations à la carte :

- Télévision + Wifi illimité 9€/jour
- Ligne téléphonique 5,50€/séjour + consommation

 Chambre particulière « connectée »**79€/ jour***

Chambre particulière + Télévision + Wifi illimité + Ouverture de ligne téléphonique + Presse quotidienne

 Chambre particulière « confort »**99€/ jour***

Chambre particulière + Télévision + Wifi illimité + Ouverture de ligne téléphonique + Presse quotidienne + Petit-déjeuner continental + un kit d'accueil (produits de toilette) + un kit de linge (gant + serviette de toilette)

 Suite Privilège (uniquement en maternité)**220€/ jour***

Chambre particulière + Télévision + Wifi illimité + Ouverture de ligne téléphonique + Presse quotidienne + Petit-déjeuner continental + Repas gourmands + un kit d'accueil (produits de toilette) + un kit de linge + cadeaux de bienvenue

Hébergement en Ambulatoire

 Chambre double

Pass' Ambu : Télévision + Wifi illimité 9€/jour**

 Chambre particulière « connectée »**45€/jour**

Chambre particulière + Télévision + Wifi illimité

Prestations pour l'accompagnant (Uniquement en hospitalisation complète)

Possibilité de choisir des prestations à la carte pour l'accompagnant:

- Petit-déjeuner classique 5€/jour
- Petit-déjeuner continental 8€/jour
- Repas classique 10€/repas
- Repas gourmand 19€/repas
- Lit accompagnant 20€/jour

L'attribution de la chambre particulière se fait selon les disponibilités du service.

* Facturation du jour de l'entrée au jour de sortie inclus (Décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé)

** Je ne souhaite pas bénéficier du Pass' Ambu en Chambre double. Je m'engage à régler la totalité des suppléments à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à :

Le :

Signature :

Forfait hospitalier Assurance Maladie fixé par arrêté ministériel**20€/jour***

Le forfait hospitalier représente la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.

Participation Assuré Transitoire (PAT) fixé par arrêté ministériel**24€/séjour**

La Participation Assuré Transitoire est une participation forfaitaire, demandée par l'Assurance Maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle.