



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. (sous réserve de disponibilités).

AMBULATOIRE OPHTALMOLOGIE

		FORFAITS	
		FORFAIT AMBU' VISION	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' VISION
Espace privatif, calme et intime			V
Pause gourmande * 1 salade, 1 yaourt bio avec coulis, 1 brioche, 1 salade de fruits, 1 bouteille d'eau 50cl.		V	V
Wifi		V	V
Mon pack Vision * 1 ^{er} oeil : une paire de lunettes protectrice (catégorie 3 UV400) 2 ^{ème} oeil : une boîte à lunettes@ un kit entretien lunettes		V	V
Stationnement compris sur le parking de la clinique (8h maximum) ²			V
Tarif/Jour		35 €	88 €
Votre choix**	1 ^{er} oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ^{ème} oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation me sera servie.

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.

24 €/ séjour

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.
Tarifs applicables au 01/03/2025.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du Patient

Fait à

Le

RÉSERVATION À EFFECTUER LE JOUR DE VOTRE RENDEZ-VOUS D'ANESTHÉSIE :

En déposant ou en renvoyant cette fiche, au service pré-admission

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? OUI NON

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	

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

- Pièce d'identité en cours de validité
- Carte mutuelle
- Carte vitale ou attestation de droits
- 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

Pour les majeurs protégés : autorisation d'opérer et jugement de placement sous mesure de protection

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :		Profession :	
Nom de Naissance :		Sexe :	
Prénom :		Lieu de naissance :	
Né(e) le :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	
Personne à prévenir :		Téléphone :	
Nom du médecin traitant :			
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou savegarde de justice :			

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :		Prénom :	
Nom de Naissance :		Né(e) le :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	

ASSURANCE ET MUTUELLE

Nom de la Caisse d'assurance		N° de Sécurité Sociale :	
Adresse Caisse d'assurance			
Nom de la Mutuelle		N° d'adhérent :	
Adresse de la mutuelle			
Bénéficiez-vous de :			
<input type="checkbox"/> CMU (Couverture Médicale Universelle) <input type="checkbox"/> Régime local <input type="checkbox"/> 100% (exonération du ticket modérateur)			
S'agit-il d'un accident de travail ?		Date de l'accident :	

Tournez la page SVP 