

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 

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

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre Particulière ?	FORFAITS	
	FORFAIT AMBU	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE
Chambre particulière		V
Pause gourmande salée et sucrée * 1 salade composée, 1 fromage blanc au coulis, 1 brioche, 1 salade de fruits et 1 bouteille d'eau 50cl.	V	V
Pour les ORL : 1 yaourt aromatisé, 1 yaourt bio sucré, 1 entremet vanille, 1 glace et une bouteille d'eau 50cl.		
TV	V	V
Wifi	V	V
Trousse Ambu'	V	
Trousse Bien-être		V
Stationnement compris sur le parking de la clinique ²		V
Tarif/Jour	36 €	90 €
Votre choix**	<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 15/09/2025.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du Patient

Fait à

Le