

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 À JOINDRE À CETTE FICHE DE PRÉADMISSION :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Carte vitale
- 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 ou pièce d'identité de l'enfant
- Pour les majeurs protégés :
 - Autorisation d'opérer signée par le représentant légal

RENSEIGNEMENTS

Nom de naissance :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom d'usage :	Profession :	
Né(e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
E-mail*		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

*Utilisé uniquement dans le cadre de l'enquête de satisfaction ESATIS généralisée à tous les établissements de santé par la HAS

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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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

HÔTELLERIE & SERVICES PERSONNALISÉS

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 autorise la clinique du Ter à commander et à régler pour mon compte, tout matériel nécessaire aux soins qui me seront prodigués. Je reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

CHOIX DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES

Pour information les patients ayant une intervention en ophtalmologique sont pas prioritaire sur les chambres particulières.

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (Selon disponibilités)	CHAMBRE NON PARTICULIÈRE
Chambre privative, calme et intime	55,00€	N/A
Wifi - Télévision - Téléphone - Lunettes (OPH)	Inclus	15€/séjour
Lit d'accompagnant NB. : Le lit, le petit-déjeuner et le repas, sont gratuits pour les parents de mineur et les accompagnants de patient en situation de handicap.	25€/nuit	N/A
Petit déjeuner continental	4,50€	4,50€
Repas accompagnant	11,50€	11,50€
Cochez votre choix	<input type="checkbox"/> Sous réserve de disponibilité	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT : Ces prix sont susceptibles d'être modifiés. Merci de vous renseigner lors de votre pré-admission.

INFORMATION TARIF FORFAITAIRE SÉCURITÉ SOCIALE

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE :

Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros. En règle générale, si vous disposez d'une mutuelle, cette part est prise en charge. Dans le cas contraire, elle est à votre charge.

Pour plus d'information, rendez-vous sur le site internet :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-24-euros>

LE FORFAIT HOSPITALIER : Le forfait hospitalier de 20 euros correspond à la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Dans certains cas, une exonération est possible si vous disposez d'une mutuelle.

Signature du patient :

Fait àLe