

**Votre pré admission doit être effectuée dès que possible après la confirmation de votre séjour au sein de l'établissement. Nous vous conseillons de la faire à la suite de votre consultation d'anesthésie.**

C'est une étape importante qui permet de choisir les conditions de votre séjour et qui facilite les formalités d'admission.

**Votre dossier de pré admission doit comporter les éléments suivants :**

- ✓ Fiche de pré admission
- ✓ Copie de votre pièce d'identité recto/verso
- ✓ Copie de l'attestation de la carte vitale
- ✓ Copie de votre carte de mutuelle recto/verso
- ✓ Copie de votre feuille d'accident de travail ou maladie professionnelle le cas échéant
- ✓ Copie du livret de famille pour les mineurs
- ✓ Copie de la pièce d'identité recto/verso des parents pour les mineurs
- ✓ Copie du jugement : si tutelle ou autorité parentale exclusive

**Vous pouvez déposer votre dossier complet :**

- 1- Soit en ligne via le site internet de la clinique : <https://polycliniquesaintgeorges.vivalto-sante.com>
- 2- Soit à l'accueil, au rez de chaussée du lundi au vendredi de 7h30 à 19h.

Médecin Responsable de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Entrée prévue le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HOSPITALISATION COMPLETE

HOSPITALISATION AMBULATOIRE

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**BENEFICIAIRE DES SOINS :** (Informations issues de votre carte nationale d'identité ou passeport)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adresse PRINCIPALE :** \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**Adresse SECONDAIRE** (si Besoin) \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

## HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

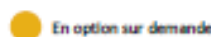
	J'accueille mes proches	Je suis gourmand(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Prestige **	Gourmet	Individuelle
Tarifs	145 € / jour	115 € / jour	95 € / jour
Télévision	✓	✓	✓
WIFI	✓	✓	✓
Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, masque de nuit, bouchons d'oreille)	✓	✓	✓
Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner Gourmet*	Premium	Premium	Classique
Déjeuner / Dîner Classique : entrée + plat + dessert Déjeuner Premium (Gourmet) : entrée + plat + dessert + boisson chaude *	Premium	Premium	Classique
Lit accompagnant	●	●	●
Téléphone (hors communications: 0.24€/unité)	✓	●	●
Espace détente	✓	✗	✗
Machine à café en chambre (avec dosettes café et chocolat à disposition)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

\*\* chambre équipée d'un coffre fort



Inclus



En option sur demande



Non - Inclus

Un coffre fort est mis à disposition à l'accueil principal pour la conservation de vos objets de valeur.

La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration des objets non stockés en coffre fort.

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.  
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles en chambre double seront à ma charge.

Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

## OPTIONS À LA CARTE

**POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (Si option non comprise)**

Services	Prix	Sélection
 Télévision (caution pour la télécommande de 30 €)	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Téléphone (hors communications 0.24€/unité)	6 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Petit déjeuner Gourmet (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Déjeuner Gourmet (Entrée + plat + dessert + boisson chaude)	18 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampooing, brosse à dents, dentifrice, masque de nuit, bouchons d'oreille)	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Kit linge de toilette (caution de 100 €) (1 drap de bain, 1 serviette éponge, 2 gants, 1 serviette de table)	11 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Lit accompagnant (uniquement en chambre individuelle) Autres options accompagnant consultables par affichage ou sur le site internet de la clinique	25€/jour	<input type="checkbox"/>

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

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 20€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à ..... Le .....

En qualité de :

- patient  
 autre .....

Signature :