

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 : _____

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie prestation	Chambre individuelle	Prestation ambulatoire
Tarifs	67 € / jour	27 € / jour
Chambre individuelle	✓	✗
Télévision	✓	✓
WIFI	✓	✓
Collation Premium  <ul style="list-style-type: none"> • Sandwich club dinde emmental ou thon crudités <ul style="list-style-type: none"> • Une compote • Un cookie • Une boisson chaude au choix • Une bouteille d'eau minérale 		

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)



Inclus



Non - inclus

Un coffre-fort est mis à votre disposition à l'accueil principal. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration.

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double sans prestation et je bénéficierai d'une collation basique : une boisson chaude, une bouteille d'eau, un cookie ou une compote.

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

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 :