

**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 : \_\_\_\_\_

## CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre premium	Chambre individuelle
TARIF	69€ / jour	50€ / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓
<b>Télévision</b>	✓	✗
<b>Coffre-fort individuel</b>	✓	✗
<b>Collation (2)</b> <u>Classique</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 cookie ou 1 compote au choix <u>Premium</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 sandwich dinde emmental ou thon crudités, 1 compote et 1 cookie	 Premium	 Classique
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) sous réserve de disponibilité

(2) sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non-inclus

Sur demande, les objets personnels et de valeur (hors dispositifs médicaux : lunettes de correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans le coffre-fort du service. Un inventaire sera dressé au moment du dépôt et signé par le patient. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration desdits objets gardés par le patient lors du séjour.



Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en espace collectif.

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 seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

## OPTIONS À LA CARTE

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

	Prestation	Prix	Choix patient
	<b>Télévision</b>	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Collation premium</b> Sandwich club mixte dinde emmental ou thon crudités fait maison, boisson chaude, bouteille cristalline, compote, un cookie moelleux fait maison	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Formule Kids</b> Une boisson au choix + un kit de coloriage en plus de la collation prévue Une collation premium adulte + une boisson au choix	18 € / formule	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack collation premium + Télévision</b>	19 € / pack	<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 précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- 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 précédemment.

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 :**