

**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 - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je suis gourmand(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	150 € / jour	120 € / jour	97 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>			
<b>Petit déjeuner (2)</b>			
<b>Déjeuner ou dîner (2)</b>			
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors communications : 0.24€/unité) / Télévision			
<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, bonnet de douche, peigne, bouchons d'oreille)			
<b>Espace détente</b> (coin salon, salle de bain moderne, machine à café en chambre)			
<b>Coffre-fort</b>			
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<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 avec correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans un coffre-fort à l'accueil de la Clinique. 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 chambre double.

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 chambre double la nuit (hors mineurs)
- 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 (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

## OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (si option non comprise)

	Prestation	Prix	Choix patient
	<b>Pack Multimédia</b> Télévision / Téléphone (hors communications 0.24€/unité)	8.50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit déjeuner Gourmet</b> (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Déjeuner et Dîner Gourmet</b> (Entrée + plat + dessert + boisson chaude) Exemple de menu : Tartare de saumon, citron et ciboulette Filet de poulet sauce morilles et polenta crémeuse Tartelette au chocolat	20 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, bonnet de douche, peigne, bouchons d'oreille)	8 € / kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit linge de toilette (caution de 100€)</b> (1 drap de bain, 1 serviette de toilette, 2 gants, 1 serviette de table)	11 € le kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Lit Accompagnant (uniquement en chambre individuelle) et petit déjeuner classique</b>	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 précédemment.

### 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 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 :