

**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 AVANT 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
- ✓ Votre pièce d'identité
- ✓ 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 : _____

PERSONNE DE CONFIANCE A CONTACTER

NOM : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ / _____

Lien de parenté avec le patient : _____

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
Chambre seule (1)	✓	✓
Télévision + Presse en ligne	✓	✗
Coffre-fort individuel	✓	✗
Collation (2) <u>Classique</u> : 1 boisson, 1 encas salé et un encas sucré <u>Premium</u> : 1 boisson, 1 encas premium salé, 2 encas sucrés	 Premium	 Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(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, pour un séjour en chambre type "individuelle" 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 pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double/salon.
Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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 (hors mineurs)

OPTIONS À LA CARTE

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

	Prestation	Prix	Choix patient
	Télévision + Presse en ligne	8 € / jour	☐
	Collation premium Sandwich baguette jambon beurre emmental ou une salade crudités, tomates confites, oeuf, fromage + pain 1 compote et 1 cookie 1 boisson au choix	13 € / repas	☐
	Formule Kids Une boisson au choix + un kit de coloriage en plus de la collation prévue Une collation premium adulte + une boisson au choix	18 € / formule	☐
	Pack collation premium + Télévision/Presse en ligne	19 € / pack	☐

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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou dérogations prévues par la loi
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment

☐ "J'autorise l'établissement à me recontacter au sujet des prestations complémentaires à ma prise en charge médicale (ex : chambre particulière, parking, etc.). Je comprends que ce choix est facultatif, sans impact sur ma prise en charge médicale, et que je peux retirer mon consentement à tout moment sur simple demande formulée par courriel à l'adresse sgd.accueil@vivalto-sante.com."

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 :