

## FICHE DE PRE-ADMISSION HOSPITALISATION

A remplir et à remettre à la secrétaire des admissions

### Patient :

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. fixe : .....

Adresse e-mail : .....@.....

*(Cette adresse mail ne sera pas communiquée à des tiers, et sera, exclusivement utilisée par l'établissement, notamment pour l'enquête de mesure de satisfaction e-satis)*

Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans les 12 derniers mois ?  OUI  NON

### Assuré (si différent du patient) :

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

N° d'immatriculation Sécurité Sociale : .....

N° et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale : .....

Nom et coordonnées de votre mutuelle : .....

Avez-vous déclaré un Médecin traitant à la sécurité sociale ?  OUI  NON

### DOCUMENTS A JOINDRE A CETTE FICHE :

- Votre carte vitale avec vos droits à jour ou à défaut une attestation de droits ouverts
- L'attestation de CMU ou d'AME le cas échéant
- Une photocopie de votre pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour)
- Une photocopie de votre carte de mutuelle

### DOCUMENTS A REMETTRE LE JOUR DE L'HOSPITALISATION :

- Un chèque de caution de 50€ si vous souhaitez bénéficier de la télévision
- Une prise en charge hospitalière de votre mutuelle complémentaire

**IMPORTANT : Le jour de votre admission, si vous ne disposez pas de la prise en charge de votre mutuelle complémentaire, ou si celle-ci ne prend pas en charge la totalité du prix de la chambre particulière si vous choisissez cette option, un chèque de caution de 2000€ à l'ordre de « Clinique du Val D'Or » vous sera demandé.**

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations complémentaires) 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

**Les chambres particulières sont attribuées en fonction des disponibilités du service ;  
Nous mettons tout en œuvre pour vous satisfaire**

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

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES				
Tarif par jour d'hospitalisation	Chambre PRIVILEGE 150 €/jr	Chambre PRESTIGE 250 €/jr	Suite PRESTIGE 450 €/jr	Chambre DOUBLE 0 €/jr
<i>Le prix de la chambre et le forfait journalier sont calculés en nombre de jours de présence, jour de sortie inclus.</i>				
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision	✓	✓	✓	05€/j
Ouverture de ligne téléphonique (hors communications 0.15€/ unité)	✓	✓	✓	05€
Wi-fi	✓	✓	✓	05€/j
Presse quotidienne (Le Parisien)	✓	✓	✓	✗
Petit-déjeuner	Continental	Plaisir	Plaisir	Classique
Déjeuner /Dîner	Classique	Plaisir	Plaisir	Classique
Collation de 16h (café gourmand)	✗	✓	✓	✗
Collation de 16h pour l'accompagnant (café gourmand)	✗	04€	04€	✗
Repas accompagnant	020€	020€	020€	✗
Salle de Bain Prestige	✗	✓	✓	✗
Produits cosmétiques d'accueil	✗	✓	✓	✗
Mise à disposition de linge de toilette Prestige*	✗	✓	✓	✗
Lit accompagnant (petit-déjeuner offert)	050€/j	050€/j	050€/j	✗
Canapé convertible pour un accompagnant (petit-déjeuner offert)	✗	✗	✓	✗
Climatisation réversible	✗	✓	✓	✗
Forfait accompagnant Prestige	✗	✗	070€/j	✗
Machine à café/thé	✗	05€/j	✓	✗
Capsule Nespresso ou Special T	✗	00,50€	00,50€	✗
Boissons	✗	01,50€	01,50€	✗

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

\*Le linge de toilette « Prestige » est à laisser dans la chambre, dans le cas contraire il vous sera facturé 30€ à votre sortie.

## PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du **Forfait Hospitalier** de **20,00 €** par 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 **24,00 €** par séjour. Il s'agit d'une participation forfaitaire demandée par l'assurance maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge tout ou en partie par la mutuelle du patient.
- du paiement des **prestations complémentaires et options** choisies ci-dessus.

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

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

Signature (faire précéder de la mention « lu et approuvé ») :

En qualité  de patient  
 autre : à préciser .....