

# FICHE D'ADMISSION

## Hospitalisation



NOM : ..... NOM DE NAISSANCE (si différent) : .....

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

Adresse : .....

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

Téléphone portable : ..... Autre téléphone : .....

Adresse mail : .....

**N° de téléphone de(s) personne(s) à prévenir (merci d'indiquer les noms, prénoms ainsi que votre lien) :**

M. ou Mme ..... lien : ..... Tél : .....

M. ou Mme ..... lien : ..... Tél : .....

Date d'admission : ..... / ..... / .....

Praticien : .....

Frais à la charge de l'assuré défini

**Durant votre hospitalisation vous pouvez bénéficier des prestations hôtelières suivantes\* :**

\* Votre choix de prestations sera pris en compte sous réserve de disponibilité dans le service.

Veillez noter que la durée de votre séjour est soumise à l'avis médical et peut donc varier en fonction de l'intervention réalisée. Sans choix de votre part vous serez placé en chambre double. **Veillez également noter que les prestations sont facturées par jour (jour de sortie inclus).**

PRESTATIONS (cocher la prestation choisie)	SOLO (145 €)	SOLO PLUS (155 €)	SOLO CONFORT (225 €)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambre particulière	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision* (6€/jour)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wifi* (5€ / jour)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Téléphone* (5€ (ouverture de ligne) + 0.20€/ min)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Petit-déjeuner plaisir (10€)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déjeuner <u>ou</u> Dîner Plaisir (Mes Menus de Chefs) (20€)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lit accompagnant + petit-déjeuner (35€ / nuit)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Repas Plaisir Accompagnant (Mes Menus de Chefs) (20€/repas)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Peignoir, serviettes et produits de santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Un magazine par semaine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse de toilette bien-être à emporter (Clarins®)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

\* Prestations à demander le jour de votre admission

\*\* Prestations repas et collations pouvant être modifiées selon le protocole médical défini par le médecin et le type d'intervention (dans le respect de vos contraintes alimentaires)

- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du livret d'accueil et des divers suppléments dont le paiement est susceptible d'être réclamé (honoraires praticiens et frais clinique)
- ✓ Si la prise en charge de ma mutuelle n'a pas été reçue avant l'admission, les frais cliniques seront exigés le jour de l'admission
- ✓ Une caution de 400€ me sera demandé à l'admission (par chèque ou carte bleue).
- ✓ Je déclare avoir été informé(e) de la possibilité de déposer tout objet de valeur au coffre.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du patient ou du représentant légal :