



Réservé à l'établissement

- 1 Complétez cette fiche et faites votre pré-admission avant la consultation d'anesthésie et au minimum 72 heures avant la date d'entrée.
2 Joindre impérativement à cette fiche les photocopies des documents suivants :
- Attestation de sécurité sociale (la photocopie de la carte vitale est inutile)
- Carte de mutuelle recto/verso
- Pièce d'identité recto/verso
3 Remettez l'ensemble des documents :
- Au bureau des admissions (grand hall d'accueil prenez un ticket« pré-admission »)
- ou par courrier à l'attention du bureau des entrées
- ou par fax (05 67 04 51 64)
- ou par mail : bureau.entree.union@ramsaygds.fr

NB : une boîte aux lettres est à votre disposition près de l'accueil pour déposer ces documents (attention le dossier doit être complet)

- 4 Merci de cocher les aliments que vous n'aimez pas en page 4

Un chèque de provision vous sera demandé le jour de votre entrée et vous sera restitué à la sortie si l'établissement a reçu l'accord de prise en charge de votre mutuelle.

Date d'entrée :/...../..... à h

Nom du chirurgien ou médecin de la Clinique de l'Union :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT
Sexe [] M [] F
Nom : Nom de naissance :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Né(e) le :/...../.....
Téléphone fixe : Portable :
Adresse mail :
Nom de votre médecin traitant : Ville :

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN
Attestation relative au motif médical de l'hospitalisation pour un malade atteint de l'une des 30 affections mentionnées à l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale.
J'atteste que l'hospitalisation dans le service du patient ci-dessus est motivée par le traitement de l'une des 30 affections mentionnées à l'art. D322-1 du code de la sécurité sociale.
Oui [] Non []
Date :
Nom du médecin, signature et cachet

• **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ?**

OUI → Date de l'AT ou de la M. P. :/...../..... NON

Nom de la caisse qui gère l'AT ou la M. P. :

Adresse :

• **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident causé par un tiers ?** OUI NON

Date de l'accident :

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Téléphone : Lien de parenté :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° de sécurité sociale : / / / / / / /

Organisme d'Assurance Maladie :

L'ASSURE (à remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré) :

Nom : **Nom de naissance** :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Né(e) le : / / Adresse Mail :

Téléphone fixe : Portable :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE MUTUELLE

Avez-vous une mutuelle : OUI NON Laquelle :

Etes-vous pris en charge au titre de la CMU : OUI NON

Pour information :

N° FINESS de l'établissement : 310780283

Code DMT chirurgie : 137 Code DMT médecine : 174

VOS PRESTATIONS HÔTELIÈRES

EN HOSPITALISATION : votre séjour à la carte

L'hospitalisation en chambre double (*)

L'hospitalisation en **chambre privée** (*)

Le supplément chambre individuelle est facturable du jour d'entrée au jour de sortie inclus.

Durant votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier de **3 formules de prestations hôtelières** au choix :

SOLO
CLASSIC

SOLO
PLUS

SOLO
CONFORT

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Chambre privée• Intimité des visites• Ligne privée téléphone fixe (1) | <ul style="list-style-type: none">• Chambre privée• Intimité des visites• Ligne privée téléphone fixe (1)• Télévision• Wi-Fi en illimité• Petit-déjeuner Plaisir (2) | <ul style="list-style-type: none">• Chambre privée• Intimité des visites• Ligne privée téléphone fixe (1)• Télévision• Wi-Fi en illimité• Petit-déjeuner Plaisir (2)• Repas Plaisir servi en chambre (2)• Petit déjeuner Plaisir accompagnant• Repas Plaisir à partager avec un proche• Un proche peut passer la nuit à mes côtés (3)• Trousse de bienvenue Clarins ou Azzaro• Linge de toilette et peignoir à disposition• Journal quotidien ou 1 magazine pendant mon séjour |
|---|---|--|

81 € par jour

95 € par jour

165 € par jour

(1) Appels sortants facturés. Voir tarifs en vigueur à l'accueil de l'établissement

(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant

(3) Lit d'appoint, sous réserve d'espace disponible

Services optionnels : Petit-déjeuner Plaisir : 8 € / Déjeuner Plaisir, dîner Plaisir : 20,50 € / Lit accompagnant + Petit-déjeuner Plaisir : 25 € / Lit accompagnant + petit déjeuner : 16,50 € / Repas accompagnant (vin compris) 10,45 €.
Télévision : 6,50 € par jour (tarif dégressif) / Wi-Fi : 5 € par jour

Je soussigné(e),.....
atteste avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation en fonction de la prise en charge accordée par la mutuelle.

Les chambres privées sont attribuées en fonction des disponibilités dans le service.

A Saint-Jean, le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

(*) Cocher l'option choisie

VOTRE REPAS

Nous considérons le repas comme un temps fort de plaisir, de convivialité et de soins nutritionnels. Afin de répondre au plus près à vos attentes alimentaires, nous vous remercions de nous indiquer, avant votre hospitalisation, **les aliments que vous n'aimez pas (vos aversions) figurant sur cette liste ainsi que les aliments contre-indiqués avec vos médicaments.**

Cocher les aliments que vous n'aimez pas et ceux contre-indiqués avec vos médicaments				
<input type="checkbox"/> ABRICOT	<input type="checkbox"/> CAROTTE CUITE	<input type="checkbox"/> ENDIVE	<input type="checkbox"/> LEGUMES SECS	<input type="checkbox"/> POIVRON
<input type="checkbox"/> AIL	<input type="checkbox"/> CASSIS	<input type="checkbox"/> EPICES	<input type="checkbox"/> LENTILLES	<input type="checkbox"/> POMME
<input type="checkbox"/> AGNEAU	<input type="checkbox"/> CELERI	<input type="checkbox"/> EPINARD	<input type="checkbox"/> MELON	<input type="checkbox"/> PORC
<input type="checkbox"/> ANANAS	<input type="checkbox"/> CERISE	<input type="checkbox"/> FRAISE	<input type="checkbox"/> OEUF	<input type="checkbox"/> POTAGE / BOUILLONS
<input type="checkbox"/> AUBERGINE	<input type="checkbox"/> CHAMPIGNON	<input type="checkbox"/> FRAMBOISE	<input type="checkbox"/> OIGNONS	<input type="checkbox"/> PRUNE
<input type="checkbox"/> BANANE	<input type="checkbox"/> CHARCUTERIE	<input type="checkbox"/> FROMAGE	<input type="checkbox"/> ORANGE	<input type="checkbox"/> RADIS
<input type="checkbox"/> BETTERAVE	<input type="checkbox"/> CHOCOLAT	<input type="checkbox"/> FRUITS	<input type="checkbox"/> PAIN	<input type="checkbox"/> RIZ
<input type="checkbox"/> BEURRE	<input type="checkbox"/> CHOU	<input type="checkbox"/> FRUITS CRUS	<input type="checkbox"/> PAIN DE MIE	<input type="checkbox"/> SALADE VERTE
<input type="checkbox"/> BLE	<input type="checkbox"/> CITRON	<input type="checkbox"/> FRUITS DE MER	<input type="checkbox"/> PASTèque	<input type="checkbox"/> SAUCES
<input type="checkbox"/> BLETTE	<input type="checkbox"/> CLEMENTINE	<input type="checkbox"/> HARICOT VERT	<input type="checkbox"/> PÂTES	<input type="checkbox"/> SEMOULE
<input type="checkbox"/> BOEUF	<input type="checkbox"/> COMPOTE	<input type="checkbox"/> KIWI	<input type="checkbox"/> PÊCHE	<input type="checkbox"/> THE
<input type="checkbox"/> BRUGNON	<input type="checkbox"/> CONCOMBRE	<input type="checkbox"/> LAIT	<input type="checkbox"/> PETITS POIS	<input type="checkbox"/> TOMATE
<input type="checkbox"/> CAFE	<input type="checkbox"/> COURGETTE	<input type="checkbox"/> LAITAGE	<input type="checkbox"/> POIRE	<input type="checkbox"/> VEAU
<input type="checkbox"/> CANARD	<input type="checkbox"/> CREME FRAICHE	<input type="checkbox"/> LEGUMES CRUS	<input type="checkbox"/> POIREAUX	<input type="checkbox"/> VIANDE
<input type="checkbox"/> CAROTTE	<input type="checkbox"/> CROISSANT	<input type="checkbox"/> LEGUMES CUITS	<input type="checkbox"/> POISSON	<input type="checkbox"/> VOLAILLE

Un croissant peut vous être servi le dimanche (si votre régime l'autorise).

Le souhaitez-vous ? OUI NON