

Fiche de pré-admission

Hôpital
Privé de Vitry

FAITES VOTRE RÉSERVATION DANS LES 48H :

En déposant ou en renvoyant cette fiche avec les pièces obligatoires, au service pré-admission par mail :

PASTEUR : admissions.pasteur@hvp94.fr

NORIETS : admissions.noriets@hvp94.fr

Merci de ramener les originaux le jour de votre pré-admission.

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement ? Oui Non

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- Pièce d'identité ou passeport en cours de validité
- Carte VITALE
- Carte mutuelle
- Carte CMU ou AME le cas échéant
- Attestation de sécurité sociale à jour de droits
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
 - La pièce d'identité de l'enfant
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Si garde exclusive d'un parent, le jugement prononcé
 - Une main courante au commissariat si un des parents n'est plus joignable ou ne donne plus de nouvelle.

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Profession :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Mail :		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse :		
S'agit-il d'un accident du travail :	Date de l'accident :		
Caisse Mutuelle :	Adresse :		
N° d'adhérent :			
Bénéficiez-vous de :			
Art. 115 (victimes de guerre)	Oui <input type="checkbox"/>	100% (exonération du ticket modérateur)	Oui <input type="checkbox"/>
CMU (couverture médicale universelle)	Oui <input type="checkbox"/>	Régime local	Oui <input type="checkbox"/>
AME (aide médicale d'Etat)			

Nos Service *Hôteliers*

Hôpital
Privé de Vitry

Je soussigné(e).....
déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous. La chambre particulière et les services hôteliers payants ne sont pris en charge ni par la CMU, ni par l'AME.

Pour le service ambulatoire :

Je m'engage à régler la totalité des suppléments à ma charge **au moment de l'admission** dans l'établissement.

Pour une hospitalisation :

Je m'engage à régler la totalité des suppléments à ma charge **au moment de la sortie, dans le bureau des admissions/sortie** de l'établissement.

PRESTATIONS

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière : Oui Non

Merci de cocher les prestations que vous souhaitez :

Chambre particulière en hospitalisation	<input type="checkbox"/> 90€
Chambre particulière en gynéco-obstétrique	<input type="checkbox"/> 115€
Coffre-fort individuel	<input type="checkbox"/> Offert
Wifi	<input type="checkbox"/> 3€/jour
Télévision	<input type="checkbox"/> 5€/jour
Pack Télévision + Wifi	<input type="checkbox"/> 8€/unité
Casque Télévision	<input type="checkbox"/> 3€/unité
Ligne téléphonique	<input type="checkbox"/> 6€ l'ouverture + 0,15€ communication

* sous réserve de disponibilité.

	Services accompagnants (uniquement en chambre particulière)	
	Repas	Lit + petit déjeuner
Tarifs	10€/unité	20€/unité
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
Forfait journalier : Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.	20€/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	24€/séjour

Nombre de cases cochées :

J'ai par ailleurs été informé(e) que certains médecins exerçant au sein de la clinique Pasteur, étant inscrits en secteur 2 pourront me demander de régler directement des suppléments d'honoraires.

Fait à : Le :

Signature du patient :