Clinique du Millénaire

220, boulevard Pénélope
CS 59523
34960 MONTPELLIER Cedex 2
0 826 888 883 Service 0,20 € /min + prix appel
Fax : 04 99 53 60 05
www.oc-sante.fr

Formulaire de pré-admission

A compléter et à rendre le jour de votre consultation pré-anesthésique

PATIENT

NOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRÉNOM .....

NÉ(E) LE ..... À .....

ADRESSE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TÉL. ..... PORT. .....

EMAIL : ..... @ .....

PROFESSION .....

Si le patient n'est pas l'assuré, veuillez noter le nom et le prénom de l'assuré(e) et le faire signer :

NOM ..... **SIGNATURE DE L'ASSURÉ**

PRÉNOM .....

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° SS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RÉGIME OBLIGATOIRE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ❍ OUI ❍ NON

MUTUELLE (COMPLÉMENTAIRE)

MUTUELLE .....

N° ADHÉRENT .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....

TÉL. ..... FAX .....

RENSEIGNEMENTS LIÉS AU SÉJOUR

NOM DU MÉDECIN TRAITANT RÉFÉRENT DÉCLARÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE .....

TÉL. ..... FAX ..... VILLE .....

NOM DU MÉDECIN OU DU CHIRURGIEN .....

DATE D'ENTRÉE PRÉVUE LE ..... À ..... HEURES

❍ HOSPITALISATION COMPLÈTE ❍ ACTE AMBULATOIRE

PERSONNE À PRÉVENIR

NOM ..... PRÉNOM .....

PARENTÉ ..... TÉL. ..... PORT. .....

Personne de confiance (SE RÉFÉRER AU FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA DÉSIGNATION DE CETTE PERSONNE).

Je soussigné(e)

M .....

certifie avoir demandé :

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE

❍ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE, pour convenance personnelle, à 72 € par jour de présence (inclus : TV et Wi-Fi, ouverture d'une ligne téléphonique - non inclus : lit pliant accompagnant)

❍ LE BRANCHEMENT DE LA TÉLÉVISION, EN CHAMBRE COMMUNE, et paierai un forfait de 4,15 € par jour

❍ L'OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE EN CHAMBRE COMMUNE et paierai 3,20 € de droit d'accès ainsi que les communications téléphoniques de mon séjour

❍ MON ADMISSION EN BOX INDIVIDUEL pour l'ambulatoire, à 30 € par jour (inclus : TV et Wi-Fi)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière/box s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

❍ *Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.*

❍ *J'atteste avoir reçu le livret d'accueil de la Clinique du Millénaire comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation.*

❍ *Je reconnais avoir été informé(e) par les praticiens de l'établissement des bénéfices et risques liés à mon intervention ou à ma prise en charge médicale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé.*

A Montpellier, le .....

Signature du patient :

MIC-2018-FO-15.3