Ocsanté | CLINIQUE PARIS-BERCY
Médecine, Chirurgie
preadmission@clinique-bercy.fr
Fax : 01 43 96 94 42

Formulaire de préadmission

INFORMATION PATIENT

NOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRENOM .....

NE(E) LE |__|__| |__|__| |__|__|__|__| À .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL |__|__|__|__|__| VILLE .....

TÉL. .....

EMAIL : .....

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

NOM .....

PRÉNOM .....

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

CAISSE ASSURANCE MALADIE

N°SS |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

RÉGIME OBLIGATOIRE : .....

CP |__|__|__|__|__| VILLE .....

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ☐OUI ☐NON

MUTUELLE

MUTUELLE :

.....

Joindre votre carte de mutuelle au dossier de préadmission

TYPE DE SEJOUR ET CHOIX HOTELIER

*Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue **sous réserve des disponibilités** de l'établissements le jour de votre entrée*

☐ **HOSPITALISATION COMPLÈTE** *(au moins 1 nuit)*

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

☐ CHAMBRE DOUBLE JADE (0)
☐ CHAMBRE PARTICULIERE AGATE (130)
☐ CHAMBRE PARTICULIERE OPALE (160)
☐ CHAMBRE PARTICULIERE TOPAZE (200)

☐ **AMBULATOIRE**

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

☐ BOX AMBULATOIRE (50)
☐ CHAMBRE PARTICULIERE (95)

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM .....

PRÉNOM .....

TEL .....

LIEN .....

PERSONNE A PREVENIR

NOM .....

PRÉNOM .....

TEL .....

LIEN .....

Frais à la charge du patient hors hôtellerie :

- ***Séjour ambulatoire** : Participation Assuré Social 24€*
- ***Séjour hospitalisation** : Participation Assuré Social 24€ + Forfait journalier 20€ (à régler par journée d'hospitalisation)*

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

A .....

LE

SIGNATURE :