

Formulaire de pré-admission

PATIENT

NOM DE NAISSANCE

NOM USUEL

PRÉNOMS NÉ(E) LE À

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE E-MAIL

Complémentaire santé solidaire ☐ oui ☐ non - N° SÉCURITÉ SOCIALE

MÉDECIN TRAITANT : MUTUELLE :

NOM ET VILLE DE VOTRE PHARMACIE :

TÉLÉPHONE DE VOTRE PHARMACIE :

NOM DU MÉDECIN RESPONSABLE PENDANT LE SÉJOUR :

DATE D'ENTRÉE À LA CLINIQUE : DATE DU TERME (Obstétrique)

CONSENTEMENT AU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Dans le cadre de votre hospitalisation au sein de notre établissement, l'établissement et l'équipe de soins peuvent consulter et alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP) depuis «Mon espace santé». Cet espace numérique, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère en charge de la santé a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés sociaux. Grâce à ce nouveau service, chacun peut participer activement au suivi et à la préservation de sa santé.

Pour plus d'information sur le DMP, consultez le site de l'Assurance Maladie, à l'adresse ameli.fr/medecin/sante-prevention

J'autorise l'établissement à consulter mon DMP : ☐ OUI ☐ NON

J'autorise l'établissement à alimenter mon DMP : ☐ OUI ☐ NON

- ☐ 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 Clémentville 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 opération ou à ma prise en charge médicale ou obstétricale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé.

Je soussigné(e) certifie avoir demandé :

- ☐ Mon admission en chambre particulière OPALE*, sous réserve de disponibilité, pour convenance personnelle.
- ☐ Mon admission en chambre particulière AGATE*, sous réserve de disponibilité, pour convenance personnelle.
- ☐ Mon admission en chambre double JADE*, sous réserve de disponibilité, pour convenance personnelle.

*Détails et tarifs des prestations au verso

À Montpellier, le

Signature du patient :

VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE CLÉMENTVILLE

(Tarifs TTC par jour de présence, au 1^{er} mars 2025)

SÉLECTIONNEZ L'OFFRE HÔTELIÈRE DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER
(Merci de cocher la case correspondante à celle cochée au recto du formulaire)

Nous vous rappelons que l'attribution du type de chambre sélectionné s'effectue sous réserve des disponibilités le jour de votre entrée dans l'établissement

☐  Opale • Chambre particulière OPALE* • Coffre-fort • Linge de toilettes pour deux personnes : peignoirs, draps de bain et tapis de bain • Formule petit déjeuner pour l'accompagnant • Forfait multimédia (TV / Wi-Fi) • Coffret d'accueil : - Produits de soins éco-responsables - Douceurs artisanales - Cadeaux Oc Maternité (maternité) - tickets de parking (4 en maternité, 2 en chirurgie)	110 €
☐  Agate • Chambre particulière AGATE* • Coffre-fort • Forfait multimédia (TV / Wi-Fi)	80 €
☐  Jade • Chambre double JADE* En option • Forfait multimedia (TV / Wi-Fi) : 5 € par jour ☐	0 €

* Sous réserve de disponibilité.

** Le linge mis à votre disposition devra être laissé dans la chambre lors de votre départ. Tout linge non restitué vous sera facturé.

Les chambres particulières sont facturées du jour de votre entrée au jour de votre sortie inclus. Votre demande sera satisfaite en fonction de nos disponibilités. Le choix de chambre s'applique pour la durée complète du séjour, toute modification doit être formalisée en remplissant une nouvelle demande. Nous vous remercions de votre compréhension et ferons le maximum pour vous donner satisfaction.

☐ J'ai pris connaissance des différentes offres hôtelières proposées par l'établissement et j'ai sélectionné le type de chambre dont je souhaite bénéficier.

Nom _____

À Montpellier, le _____

Signature :