

NOM

NOM DE NAISSANCE

PRENOM

NE(E) LE

--	--	--	--	--	--	--	--

 À

ADRESSE

CODE POSTAL : | | | | | | | VILLE :

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

N°SS

RÉGIME OBLIGATOIRE :

CP | | | | | VILLE |

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ☐ OUI ☐ NON

MUTUELLE :

Joindre votre carte de mutuelle au dossier de préadmission

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

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

☐ AMBU BOX SOLO AMBRE (50)

☐ AMBU CHAMBRE SOLO OPALE (95)

☐ CHAMBRE DOUBLE JADE (0)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE AGATE (130)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE TOPAZE (160)

Conformément au décret n°2019-719 du 08/07/2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, les chambres particulières sont facturées du jour de votre entrée au jour de votre sortie inclus.

J'ai pris connaissance des différentes offres hôtelières proposées par l'établissement et j'ai sélectionné le type de chambre dont je souhaite bénéficier. Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.

NOM

PRÉNOM

TEL 02 23 68 69 69

LIEN

Votre personne de confiance doit signer le formulaire présent dans votre passeport d'hospitalisation

☐ IDEM personne de confiance

NOM

PRÉNOM

TEL 011 261 2222

LIEN

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Frais d'hospitalisation 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)

Plus d'infos sur <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge>

Dans le cadre de votre hospitalisation, l'établissement et l'équipe de soins peuvent être amenés à consulter et alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP) depuis « Mon Espace Santé »

J'autorise l'établissement :

- À consulter mon dossier médical sur Mon Espace Santé : ☐ oui ☐ non
- À alimenter mon dossier médical sur Mon Espace Santé : ☐ oui ☐ non

A _____

LE / / SIGNATURE: