

POLYCLINIQUE SAINT-ROCH

Médecine, Chirurgie, Maternité

560, avenue du Colonel André Pavelet CS
10999
34075 MONTPELLIER CEDEX 3
Tél. : 04 67 61 88 88
e-mail : info@cl-st-roch.fr

Formulaire de pré-admission

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

 HOSPITALISATION COMPLÈTE

 AMBULATOIRE

NOM DU CHIRURGIEN / MÉDECIN.....

DATE D'ENTRÉE.....

PATIENT

NOM.....

NOM DE NAISSANCE.....

PRÉNOM.....

NÉ(E) LE.....

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

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

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 :

EN HOSPITALISATION COMPLÈTE :

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.

EN AMBULATOIRE :

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 au verso

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 Polyclinique Saint-Roch comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation.

À Montpellier, le
Signature du patient :

VOTRE SÉJOUR À LA POLYCLINIQUE SAINT-ROCH

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

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

En hospitalisation complète :

<input type="checkbox"/> Agate 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière AGATE TV, WIFI Téléphonie illimitée (fixe et portable), <i>Appels nationaux hors international et numéros tarifs spéciaux</i> 	100 €
--	---	--------------

<input type="checkbox"/> Jade 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre double JADE 	0 €
---	--	------------

En ambulatoire :

<input type="checkbox"/> Agate 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière AGATE TV WIFI 	39 €
--	---	-------------

<input type="checkbox"/> Jade 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre double JADE 	0 €
---	--	------------

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.

Les chambres particulières sont facturées du jour de votre entrée au jour de votre sortie inclus. 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 :