Oc Santé

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..... **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.....
PRÉNOM.....

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N°SS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
RÉGIME OBLIGATOIRE .....
ADRESSE .....
CODE POSTAL.....
VILLE .....
CSS (COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE) ❍ **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 OPALE*, 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 OPALE*, 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 :

Oc Séjours

VOTRE SÉJOUR À LA POLYCLINIQUE SAINT-ROCH

(Tarifs TTC par jour de présence au 1er octobre 2026)

SÉLECTIONNEZ L'OFFRE HÔTELIÈRE DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER

(Merci de cocher la case correspondante à celle cochée au recto du formulaire)

En hospitalisation complète :		
☐ Opale	• Chambre particulière **OPALE*** • Serviette de toilette, tapis de bain, chaussons** • Parking inclus (2 tickets de sortie pour la durée du séjour) • Télévision, connexion Wifi • Coffret bien etre • Edition quotidienne de la presse	**125 €**
☐ Jade	• Chambre double **JADE**	**0 €**
En ambulatoire :		
☐ Agate	• Chambre particulière **AGATE** • TV • Wifi	**39 €**
☐ Jade	• Chambre double **JADE**	**0 €**
En chirurgie esthétique (hospitalisation et ambulatoire) :		
☐ Chambre VIP esthétique compris dans le forfait clinique		**0 €**
☐ Kit BIEN-ÊTRE *(inclus : trousse bien-être, ticket de parking, paire de chaussons, jus de fruits, tapis de bain)*		**50 €**

* 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.

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 :

www.oc-sante.fr

560, avenue du Colonel Pavelet • CS 10999• 34075 MONTPELLIER Cedex 3

Tel : 04 67 61 88 88 • FAX : 04 67 61 88 89 • e-mail : info@cl-st-roch.fr