Oc Santé | 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

NOTRE OFFRE HOTELIERE

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

☐ AMBU BOX SOLO AMBRE (50)

☐ AMBU CHAMBRE SOLO OPALE (95)

☐ CHAMBRE DOUBLE JADE (0)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE AGATE (130)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE TOPAZE (160)

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

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.

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM .....

PRÉNOM .....

TEL .....

LIEN .....

PERSONNE A PREVENIR

☐ IDEM personne de confiance

NOM .....

PRÉNOM .....

TEL .....

LIEN .....

VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

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 règlementation 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

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.

A .....

LE / /

SIGNATURE :