

**Réaliser sa pré-admission est obligatoire pour tout type de séjour  
Ce dossier est à remettre à la clinique  
maximum 1 semaine avant la date d'entrée.**

## Comment réaliser ma pré-admission :

	Au bureau des admissions : Au RDC de la clinique
	Par mail : <a href="mailto:admissions@clinique-du-pre.fr">admissions@clinique-du-pre.fr</a>
	Par courrier (attention à la date de votre séjour) : Clinique du Pré - Service des pré-admissions 13 avenue René Laennec - 72000 LE MANS

## Pièces à joindre impérativement à votre dossier :

- Photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso) ou passeport ou titre de séjour ou livret de famille **en cours de validité et à jour**
- Photocopie lisible de votre carte d'assurance complémentaire ou mutuelle (recto/verso) **en cours de validité à la date du séjour.**
- Attestation de vos droits actualisés disponible sur AMELI **uniquement si pré-admission par mail ou courrier.**

## Démarche à réaliser auprès de votre mutuelle :

**Contactez votre mutuelle** afin qu'elle vous délivre une prise en charge. Cette dernière est à nous adresser soit par courrier à l'adresse de la clinique (cf. ci-dessus) soit par mail (cf. ci-dessus).

Votre prise en charge doit mentionner les montants pour :

- Le forfait journalier ;
- La participation de l'assuré ;
- La chambre particulière.

Votre mutuelle vous demandera les éléments suivants :

- Le n° FINESS de l'établissement : 720000199
- Le code DMT : 181

**Vous munir de votre CARTE VITALE et PIECE D'IDENTITE le jour de votre entrée**

## Document à compléter obligatoirement

**Sans ces informations votre admission dans notre établissement sera annulée**

### Renseignement concernant l'admission :

Admission prévue le : ...../...../..... Nom du praticien : .....

Votre admission aura lieu en : Hospitalisation conventionnelle  Hospitalisation de jour ou Ambulatoire

### Renseignement concernant la personne hospitalisée :

Nom d'usage ou nom de famille : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : F  M  Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone portable : ...../...../...../...../..... Téléphone fixe : ...../...../...../...../.....

Adresse mail : .....@.....

Nom du médecin traitant : .....

### Personne à prévenir :

Nom-prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

### Renseignement concernant le régime obligatoire du patient et la complémentaire ou mutuelle :

#### Régime obligatoire :

Nom de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie : .....

Adresse complète de celle-ci : .....

Votre numéro d'immatriculation sécurité sociale : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

#### Assurance complémentaire ou mutuelle :

Nom de votre Mutuelle : ..... Adresse complète : .....

.....Numéro d'adhérent du contrat : .....

#### Assuré si différent de l'hospitalisé :

Nom d'usage ou nom de famille : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : F  M  Date de naissance : ...../...../.....

### Votre intervention est-elle en rapport avec :

Accident de travail  Maladie professionnelle  ALD (Maladie longue durée)

Invalidité  Sans rapport

**Si oui, merci de nous fournir une attestation**

**Accident de Travail ou Maladie professionnelle ou ALD ou Invalidité**

## Choix de prestations pour votre séjour

### PRESTATIONS HOTELIERES AMBULATOIRE

Le choix de prestation ne s'applique pas pour les interventions de la main et ophtalmologie.

	TARIF	Je souhaite	
		OUI	NON
Je souhaite un espace double (service télévision non fournie)	Aucun supplément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Je souhaite un espace individuelle</b>			
Espace Sérénité <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Espace individuel selon disponibilité</li> <li>➤ Prestation télévision disponible</li> </ul>	45€ / par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace Individuel <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selon la disponibilité</li> </ul>	35€ / par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En cas de modification de prise en charge (si votre séjour d'ambulatoire devient de l'hospitalisation conventionnelle), nous devons connaître votre choix de chambre, un choix est obligatoire.**

	TARIF	Je souhaite	
		OUI	NON
Je souhaite une chambre double (service télévision non garantie)	Aucun supplément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambre particulière <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Chambre selon la disponibilité</li> <li>➤ Prestation télévision disponible</li> </ul>	70€ / par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nous vous demanderons le règlement des prestations le jour de l'intervention. Le remboursement se fait ensuite auprès de la mutuelle avec présentation de la facture ou du bordereau de facturation.**

Le patient déclare s'engager à régler les suppléments éventuels ci-dessus, si ces derniers ne sont pas pris en charge en totalité ou partiellement, par sa mutuelle complémentaire.

Fait à Le Mans

Signature du patient ou représentant légal :

Le .....

## PRESTATIONS HOTELIERES HOSPITALISATION

	TARIF	Je souhaite	
		OUI	NON
Je souhaite une chambre double (service télévision non garantie)	Aucun supplément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Je souhaite une chambre individuelle</b>			
<b>Chambre Sérénité</b> ➤ Chambre garantie à votre arrivée ➤ Prestation télévision disponible	85€ / par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre particulière</b> ➤ Chambre selon la disponibilité ➤ Prestation télévision disponible	70€ / par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autres prestations</b>			
<b>Téléphone</b> <i>(Facturation de la prestation à la journée, les communications à l'étranger sur fixe et mobile sont facturées en sus)</i>	2,50€ / Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Télévision</b> <i>(facturation à la journée, gratuite à partir du 16ème jour)</i>	5€/ Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WIFI</b>	2,50€ / Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Assurez- vous auprès de votre mutuelle du niveau de prise en charge des prestations payantes.**

Le patient déclare s'engager à régler les suppléments éventuels ci-dessus, si ces derniers ne sont pas pris en charge en totalité ou partiellement, par sa mutuelle complémentaire.

Fait à Le Mans

Signature du patient ou représentant légal :

Le .....

## Prestations hôtelières pour votre séjour en **hospitalisation conventionnelle** :

CHOIX DE PRESTATIONS	OUI	NON	TARIFS
<p>Téléphone</p> <p><i>Facturation de la prestation à la journée, les communications à l'étranger sur fixe et mobile sont facturées en sus</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,50 € / jour
<p>Télévision</p> <p><i>Facturation à la journée, gratuite à partir du 16<sup>ème</sup> jour</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 € / jour
<p>Wifi</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,50 € / jour

CHOIX DE PRESTATIONS ACCOMPAGNANT	OUI	NON	TARIFS
<p>Un repas accompagnant</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 € / le repas
<p>PACK ACCOMPAGNANT (1 nuit + nécessaire de toilette + petit déjeuner)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 € / jour
<p>Nuit accompagnant</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26,90 € / la nuit
<p>Petit déjeuner seul</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 € / jour

**Assurez-vous auprès de votre mutuelle du niveau de prise en charge des prestations payantes.**

Je m'engage à régler, à la fin de mon hospitalisation, les frais non pris en charge par ma caisse d'assurance maladie ou par ma mutuelle et je déclare avoir été informé(e) des bases de tarification concernant les honoraires, les frais de séjour, les forfaits d'établissement, ainsi que des suppléments facultatifs.

Fait au MANS,

Le.....

Signature du patient ou de son représentant légal :



## Directives anticipées :

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI  NON   
(Vous trouverez toutes les informations relatives aux directives anticipées dans le livret d'accueil de l'établissement).

Si oui, pensez à en remettre une copie à l'infirmier(e) qui les conservera dans votre dossier.

## Si votre intervention se fait en ambulatoire :

Je ne suis pas concerné(e) par cette rubrique :

Je suis concerné(e) par cette rubrique :

### Une personne accompagnante majeure doit être présente à domicile jusqu'au lendemain :

Nom/ prénom : ..... Lien de parenté : .....

## Confidentialité :

Souhaitez-vous que votre présence au sein de la clinique reste confidentielle (seules les personnes présentes sur une liste fournie par vos soins pourront vous contacter) ?  OUI  NON

## Autorisations :

Je soussigné(e), .....,

Je suis informé(e) que des prélèvements biologiques complémentaires, nécessaires au bon déroulement de mes soins, pourront éventuellement être effectués. Ils peuvent faire l'objet d'un reste à charge, remboursé par certaines mutuelles.

Signature :

## Engagement de payer :

J'ai bien été informé(e) et je déclare m'engager à payer, le jour de ma sortie, l'ensemble des frais (forfaits médicaux, frais de séjour, suppléments éventuels) non pris en charge par ma mutuelle ou par la sécurité sociale.

Date :

Signature :

## COVID 19

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE LE PORT DE MASQUE EST OBLIGATOIRE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.**

**POUR LA SECURITE DES PATIENTS ET DU PERSONNEL, LES VISITES SONT LIMITEES A UNE PAR JOUR. NOUS VOUS REMERCIONS D'EN INFORMER VOTRE ENTOURAGE.**