

Réaliser sa pré-admission est **obligatoire** pour tout type de séjour  
Ce dossier est à remettre au standard de la clinique dernier délai  
**1 semaine avant la date d'entrée** (sauf urgence).

## 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**
  - Obligatoire pour entrer dans un établissement de soin, pour la sécurité de vos soins.
- Attestation de vos droits de votre régime obligatoire ( CPAM, MSA, etc...) actualisés disponible sur le site AMELI (CPAM) ou renseignements complétés en deuxième page.
  - Si nous n'avons pas ces informations votre dossier sera facturé entièrement à votre charge.
- Photocopie lisible de votre carte d'assurance complémentaire ou mutuelle (recto/verso) **en cours de validité à la date du séjour.**
  - Si nous n'avons pas cette pièce justificative, la part mutuelle vous sera facturée.

Lorsque vous avez complété le dossier de pré-admission, vous avez plusieurs possibilités pour le retourner . Une fois cette étape réalisée, il n'est pas nécessaire d'appeler la clinique, s'il manque des pièces à votre dossier nous vous recontacterons.

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

Si vous avez bien fourni votre attestation de mutuelle lors de votre pré admission, la clinique se charge des démarches de prise en charge auprès de celle-ci.

Vous devez présenter le jour de votre admission (entrée à la clinique)  
votre **PIECE D'IDENTITE** valide



Assurer une identité exacte est le PREMIER ACTE DE SOIN d'une prise en charge de qualité pour votre sécurité



## Document à compléter obligatoirement

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

### Renseignement concernant l'admission :

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

### 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 : .....@.....

Je ne possède pas d'adresse mail :  O      Je ne souhaite pas transmettre mon adresse mail :  R

Nom du médecin traitant : .....

### Personne à prévenir :

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

Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

Si la personne de confiance est la même cocher la case :

Veillez vous reporter à la page 7 pour les explications liées à la personne de confiance si nécessaire

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

#### Régime obligatoire (CPAM, MSA, etc...):

➤ Fournir votre attestation de droits actualisés disponible sur AMELI

➤ Sinon remplir les informations ci-dessous :

○ Nom de votre régime obligatoire ( CPAM, MSA etc...):

.....

○ Adresse complète de celle-ci : .....

.....

○ Votre numéro d'immatriculation sécurité sociale :

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_

**Si nous n'avons pas ces informations votre dossier sera facturé entièrement à votre charge.**

#### Assurance complémentaire ou mutuelle :

Fournir la photocopie de votre carte mutuelle

**Si nous n'avons pas cette pièce justificative la part mutuelle vous sera facturée.**

### 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**

## Nos prestations hôtelières

### « Chambre Partagée »

Chambre double  
Option à la carte en supplément



### « Chambre Individuelle »

Chambre Individuelle non garantie  
Option à la carte en supplément



75 € / J

### « Chambre Individuelle Garantie »

Chambre Individuelle Garantie



85 € / J

### « Chambre Individuelle Garantie Plus »

Chambre individuelle Garantie options inclus



100 € / J

### Détails des prestations et options

Chambre partagée sans frais supplémentaire



Chambre individuelle Facturée à la journée



Demande de prise en charge réalisé par la clinique



Petit déjeuner amélioré + 1 bouteille d'eau **4 €**



Téléphone **2,50 € / Jour**  
(Les communications à l'étranger sur fixe et mobile sont facturées en sus)



WIFI **2,50 € / jour**



Télévision **5 € / jour**



\* Kit de bienvenue **10 € Le kit**  
(Set dentaire, set de rasage, 1 gant de toilette, 1 serviette de bain, 1 serviette de toilettes, un tapis de bain, Shampoing douche 2 en 1)



Pass Parking 24H **5 € Le Pass**

### Choix de prestations accompagnant (à demander au moment de l'admission)



Repas accompagnant classique **10 €**



Petit déjeuner accompagnant **4 €**



Nuit accompagnant **26,90 €**

Pack accompagnant **35 €**



## Votre choix de chambre pour votre séjour :

Chambre	Tarif	Choix
Partagée	-	<input type="checkbox"/>
Chambre Individuelle	75 € / Jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Individuelle Garantie	85 € / Jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Individuelle Garantie Plus	100 € / Jour	<input type="checkbox"/>

## Vos choix de suppléments pour votre séjour :

Chambre	Tarif	Choix
Télévision	5 € / Jour	<input type="checkbox"/>
Téléphone	2,50 € / Jour	<input type="checkbox"/>
WIFI	2, 50 € / Jour	<input type="checkbox"/>
Kit de bienvenue	10 € / Le kit	<input type="checkbox"/>
Petit déjeuner amélioré + bouteille d'eau	4 € / Jour	<input type="checkbox"/>
Pass Parking	5 € / Le pass	<input type="checkbox"/>

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 .....,

Le.....

**Signature du patient ou de son représentant légal :**

Pour information les droits ALD, CMU, CMUC, INVALIDITE ne couvrent pas les prestations hôtelières, mais uniquement les prestations de soins.

## Autorisation d'opérer pour les majeurs sous tutelle

(si le patient ne possède pas les facultés mentales pour prendre les décisions concernant sa santé) :

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

Je suis concerné(e) par cette rubrique :

Je soussigné(e), (nom, prénom, lien de parenté ou qualité) .....

Donne l'autorisation d'opérer : (nom, prénom) .....

Date :

Signature :

## Votre transport souhaité :

Le remplissage de cette rubrique est **facultatif** – Je note que je dois être accompagné après une chirurgie en Ambulatoire

Véhicule privé  Taxi/ Ambulance Nom : .....tél : .....

Autre, Précisez .....

## Directives anticipées :

Art. 1111-11/12 CSP : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

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 et disponible sur le site internet de la Clinique du Pré).

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

## Confidentialité :

Souhaitez-vous que votre présence au sein de la clinique reste confidentielle (seules les personnes mentionnées 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:

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, actes de biologie hors nomenclature, suppléments éventuels) non pris en charge par ma mutuelle ou par la sécurité sociale.

Date :

Signature :

## Je suis en situation de Handicap :



Moteur



Visuel



Maladies invalidantes



Mental



Auditif



Psychique



Autisme

Avez-vous besoin que du matériel soit mis en place à votre arrivée (matelas à air, sonnette adaptée, etc...) :

non  oui : lequel : .....

Souhaitez-vous nous apporter des informations complémentaires sur la prise en charge de votre handicap ?

.....

Si vous avez besoin d'aide n'hésitez à nous contacter.

## Informations et autorisations obligatoires pour tout patient hospitalisé à remettre à l'infirmière lors de votre arrivée

### Personne de confiance :

N'est pas la personne à prévenir, c'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté

Je soussigné(e), (nom, prénom, lien de parenté ou qualité) .....

nomme la personne de confiance suivante (nom, prénom) .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

(Vous trouverez toutes les informations relatives à la personne de confiance dans le livret d'accueil de l'établissement).

Date :

Signature du patient :

**Signature de la personne de confiance :**

### Autorisation d'opérer pour les mineurs :

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

Je suis concerné(e) par cette rubrique :

- **Pour un mineur, la signature des deux parents est indispensable. Si l'un des parents ne dispose plus de l'autorité parentale, un justificatif est nécessaire.**
- **Apporter une photocopie du livret de famille.**

Nous soussignés, (nom, prénom, lien de parenté).....

Donnons l'autorisation d'opérer : (nom, prénom) .....

Date :

**Signature parent 1 :**

**Signature parent 2 :**