

CE DOCUMENT EST À COMPLÉTER ENTièrement ET À TRANSMETTRE* à la Clinique LA PLAINE santé, **10 jours au moins avant le jour de votre entrée, accompagné impérativement de :**

- ✓ Votre attestation de carte vitale (feuille jointe à la carte vitale ou disponible sur Ameli.fr),
- ✓ Votre carte de mutuelle,
- ✓ **Votre carte d'identité, ou carte de séjour, ou passeport, à défaut votre livret de famille.**

*** Vous pouvez :**

- Opter pour la pré-admission en ligne, pré-inscription sur <https://plainesante.fr>
- Ou déposer vos documents au standard de la clinique, du lundi au vendredi entre 8h et 19h00 et le samedi entre 8h et 12h00
- Ou envoyer vos documents par courrier postal : Service pré-admission, 123 bd Étienne Clémentel, 63100 Clermont-Ferrand

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À RAPPORTER le jour de l'entrée complétés et signés, à remettre à l'infirmière :

- ✓ Le consentement à l'examen ✓ Le consentement à l'anesthésie ✓ La désignation de la personne de confiance
- ✓ L'autorisation d'opérer pour les mineurs et incapables majeurs

INFORMATION

Le jour de votre entrée à la Clinique LA PLAINE santé, il vous sera réclamé :

24 € suite à la circulaire n°DSS/2A/2006/290 du 03.07.2006, mise en place à compter du 1^{er} septembre 2006 (si votre mutuelle ne le prend pas en charge).

Signature

Merci de bien vouloir renseigner toutes les informations demandées ci-dessous

Nom du gastro-entérologue :
Date et heure d'entrée :
Nom du médecin traitant : **Adresse :**

Nom du patient : **Prénom :**

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : le / / à Sexe : F M

Adresse :

Code postal : | | | | Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail : @

- Déjà hospitalisé(e) à La Plaine ? OUI NON
- Invalidité reconnue par la SS OUI NON
- Invalidité reconnue par la COTOREP OUI NON
- 100% dû à une longue maladie OUI NON en rapport avec l'examen ? OUI NON
- Congé maternité OUI NON
- Accident du travail OUI NON
- Article 115 (invalidé de guerre) OUI NON

Nom de l'assuré : **Prénom :**

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : le / / à Sexe : F M

N° de sécurité sociale : | | | | | | | |

Centre de paiement sécurité sociale :

Mutuelle :

Personne à prévenir : Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Lien de parenté :

Régime particulier : Curatelle Tutelle Nom et tél. du tuteur :

Adresse du tuteur :

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner votre option

• **ENDOSCOPIE** (dans la limite des disponibilités)

	BOX INDIVIDUEL ENDO'	CHAMBRE INDIVIDUELLE AMBU'
Espace privatif	✓	
Chambre privative		✓
Cabinet de toilette		✓
Télévision/TNT		✓
Wifi	✓	✓
Trousse bien-être : kit dentaire, lingette rafraîchissante, savon solide, gel corps et cheveux		✓
Pause gourmande <i>Les contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.</i> Boisson chaude et boisson froide, muffin «maison», salade de fruits ou compote, crème dessert bio	✓	✓
TARIF	39 €^{TTC}	70 €^{TTC}
VOTRE CHOIX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

• **HOSPITALISATION COMPLÈTE EN CHAMBRE SEULE** (dans la limite des disponibilités)

	CHAMBRE INDIVIDUELLE	CHAMBRE INDIVIDUELLE CONFORT	CHAMBRE INDIVIDUELLE CONFORT +
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓
Cabinet de toilette	✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓
Télévision/TNT		✓	✓
Wifi		✓	✓
Salle de bains avec douche			✓
Trousse bien-être : kit dentaire, lingette rafraîchissante, savon solide, gel corps et cheveux			✓
TARIFS	85 €^{TTC}	95 €^{TTC}	115 €^{TTC}
VOTRE CHOIX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement sont à votre charge et/ou à celle de votre mutuelle. Les tarifs sont applicables par jour, jour de sortie inclus, et les repas sont servis sous réserve de contraintes médicales.

Arrêté du 30 mai 2018 : « 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 réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. »

À défaut d'un choix de votre part, vous serez orienté(e) en chambre double et une collation simple de réalimentation (compote et boisson chaude ou froide) vous sera servie.

• **SERVICES COMPLÉMENTAIRES OU À LA CARTE :**

TV / TNT (uniquement en chambre double)	6,00 € TTC /jour	Petit Déjeuner Accompagnant	3,50 € TTC /jour
Wifi	5,00 € TTC /jour	Déjeuner Accompagnant	10,20 € TTC /jour
Pack Accompagnant (lit + petit déjeuner)	20,00 € TTC /jour	Dîner Accompagnant	9,40 € TTC /jour

Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations en ayant coché(e).....cases :

À Clermont-Ferrand, le /..... /.....

Signature du patient ou tuteur

Précédée de la mention « Lu et approuvé »