

**BULLETIN D'INSCRIPTION AMBULATOIRE - CLINIQUE SAINTE THÉRÈSE**

NOM :	
Nom de Jeune Fille :	Médecin : Dr
PRÉNOM : Date de Naissance :	Date d'entrée :
Adresse du domicile :	
Tél :	
Adresse Centre Sécurité Sociale :	
PERSONNE N'A PREVENIR : Tél :	
Divulgarion de votre présence : OUI NON	

**FRAIS À PRÉVOIR
(Si vous êtes assuré social)**

	HONORAIRES	REMBOURSEMENT
La Clinique	Ticket Modérateur selon acte Caution 200€	Éventuellement par votre mutuelle
Votre médecin	Voir avec lui le montant de dépassements d'honoraires	Éventuellement par votre mutuelle
Prestation accueil confort (Fenêtre//TV//WI-FI)	OUI (50 €) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Éventuellement par votre mutuelle
L'Anesthésiste	La moitié des dépassements d' honoraires de votre médecin	Éventuellement par votre mutuelle
Téléphone **	Chèque de caution 40 €	
Télévision	Chèque de caution 40 €	

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Déclare avoir, préalablement à mon admission :

- été informé(é) des conditions de remboursement des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie
- eu connaissance du montant des suppléments pour la chambre particulière, téléphone, lit accompagnant, des dépassements d'honoraires de votre médecin, etc.....

Faute d'attestation de la Sécurité Sociale en cours de validité, nous vous demanderons un chèque de caution de 2 000.00 € qui vous sera retourné barré par courrier, une fois le remboursement de la Sécurité Sociale effectué.

Je m'engage à régler directement à l'Etablissement (en l'absence de mutuelle), ces suppléments, voire l'intégralité des frais d'hospitalisation si je ne suis pas pris(e) en charge par un organisme de tiers payant. Une attestation de paiement me sera adressée à mon adresse domicile.

Je déclare être informé(é) de ce que, en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou des praticiens autorisés à des dépassements d'honoraires conventionnels, je pourrais supporter de ce fait, des suppléments d'honoraires.

Aucune réclamation concernant le règlement pour la clinique ne sera acceptée après la sortie. Veuillez vérifier les montants au moment du règlement.

LES RÈGLEMENTS SE FONT PAR CHÈQUE (1 chèque pour chaque intervenant) **OU ESPÈCES uniquement** (pas de carte bleue)

Date :

Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)



CLINIQUE SAINTE THÉRÈSE
9 rue Gustave Doré 75017 Paris
☎ 01.44.01.00.50 ☎ 01.44.01.00.79

Métro : Wagram – Pereire / **Bus** 31- 94 / **RER C** : Pereire

**POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION
LES DOCUMENTS SUIVANTS SONT NECESSAIRES**

- * **L'ATTESTATION DE CARTE VITALE** (à jour)
- * **L'ATTESTATION CMU ou AME** si vous en êtes bénéficiaire
- * **1 PIECE D'IDENTITE**
- * **PRISE EN CHARGE MUTUELLE**
Demander à votre mutuelle de nous adresser une prise en charge au 01 44 01 00 79
- * **SI VOUS N'AVEZ PAS VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE VOUS DEVREZ LAISSER UN CHEQUE DE CAUTION DE 2 000.00 €** (qui vous sera retourné barré par courrier, une fois le remboursement de la Sécurité Sociale effectué.)
- * **SI VOUS N'ETES PAS ASSURE SOCIAL VOUS DEVREZ A L'INSCRIPTION LAISSER UN CHEQUE DE CAUTION DE 2 000.00 € ET A LA SORTIE REGLER LA TOTALITE DES FRAIS D'HOSPITALISATION** (part Sécurité Sociale)
- * **la clinique n'est pas responsable du vol ou de la perte des portables, appareils photos, caméras ou tout objet de valeur qui n'auraient pas été remis au coffre au moment de l'admission.**

**NOUS ESPÉRONS QUE NOTRE ACCUEIL ET NOS COMPÉTENCES VOUS ASSURERONT UN
SÉJOUR TRÈS AGRÉABLE**