

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

<b>NOM :</b>	
Nom de Jeune Fille :	Médecin : Dr
<b>PRÉNOM :</b> Date de Naissance :	Date entrée :
Adresse du domicile :	
Tél :	
Adresse Sécurité Sociale :	
PERSONNE A PREVENIR :	Tél :
Divulgarion de votre présence : OUI NON	

**FRAIS A PREVOIR**

	HONORAIRES	REMBOURSEMENT
LA CLINIQUE	27.97 € Ticket modérateur ( Assuré social) 139.83 € Si vous n'êtes pas assuré social	Uniquement par votre mutuelle
VOTRE MEDECIN	92.62 €	En totalité par la Sécurité sociale
L'ANESTHESISTE	77.18 €	En totalité par la Sécurité sociale

**VOUS DEVEZ, LE JOUR DE L'ADMISSION, ETRE MUNIE :**

- **DE VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ( pas la carte)**
- **DU MONTANT DE L'INTERVENTION SOUS FORME DE 3 CHEQUES OU EN ESPECES**
- **D'UNE PIECE D'IDENTITE**

**Faute de ces documents, vous devrez régler à l'avance, à l'admission, la totalité du montant de l'hospitalisation, soit 309.63 €.**

**Si tel n'était pas le cas, la clinique se réserve le droit de reporter l'intervention.**

Je m'engage à régler directement à l'Etablissement, 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(e) 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, prévoir 5 à 6 chèques) **OU ESPÈCES uniquement** (pas de carte bleue)

Date:

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

