

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui

☐ Non

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- **Pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- **Carte vitale ou attestation de sécurité sociale**
- **Attestation d'accident du travail** le cas échéant
- **Pour les mineurs**
 - pièce d'identité ou livret de famille
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
- **Pour les majeurs protégés** : copie du placement sous une mesure de protection judiciaire

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Mail :		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	Prénom :	
Téléphone :	Lien de parenté :	
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Lien de parenté par rapport à l'assuré(e):	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
Adresse :	Téléphone :
Code postal :	Ville :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
S'agit-il d'un accident du travail : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez-vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ☐ oui	Régime local ☐ oui		

Je soussigné(e) (prénom / nom) né(e) le : / / déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIERE AMBU'
Espace privatif, calme et intime		✓
Collation gourmande * 1 boisson chaude, 1 verrine gourmande (fromage blanc, compote et spéculoos) 1 brioche, 1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille d'eau 50cl Pour les ORL : 1 yaourt à la vanille, 1 yaourt bio nature, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl	✓	✓
Ma trousse Ambu'* Crème mains, peigne, masque de nuit, bouchons auditifs, mouchoirs en papier, bloc-notes, crayon à papier	✓	✓
TV	✓	✓
Tarifs/séjour	35€	90€
Votre choix (1)	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} juillet 2026.

*Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

(1) A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet de gressins) ** me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	32 €/séjour
--	-------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou du représentant légal