ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ NANCY-LORRAINE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION AMBULATOIRE

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? ☐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 mutuelle**
- **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 ASSURE(E) SI DIFFERENT 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

ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ NANCY-LORRAINE

Services hôteliers
AMBULATOIRE

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		
		UNO *	RESA	ZENITH
Espace privatif, calme et intime		✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
Collation gourmande** *1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche, 1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille eau 50cl* **Pour les ORL :** *1 yaourt à la vanille, 1 yaourt bio nature, 1 glace, 1 bouteille eau 50cl*	✓	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'** : *1 tube de crème mains Algotherm, 1 paquet de mouchoirs, 1 masque de nuit, 1 paire de bouchons auditifs, 1 peigne, 1 bloc-notes, 1 crayon à papier*	✓	✓	✓	✓
TV (TNT & bouquet CANAL+)	✓	✓	✓	✓
Wifi			✓	✓
Soméo - Pauses relaxantes sonores : aide au sommeil, lutte contre la douleur et l'anxiété. *Nécessite un smartphone.*			✓	✓
Plaid polaire 160 x 130 cm**				✓
Parking (1 ticket de sortie délivré par séjour au moment de la sortie du patient. Valable uniquement dans le parking P3 ; Parking Silo)				✓
Presse numérique. *Nécessite un smartphone.*				✓
Tarifs/séjour	**35 €**	**80 €**	**90 €**	**110 €**
Votre choix (1)	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 18/11/2026.

** sous réserve de disponibilité. ** 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 à ……Le …… Signature du patient ou du représentant légal