

# FICHE DE PRÉ-ADMISSION AMBULATOIRE

SUITE À VOTRE HOSPITALISATION, ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP) SOIT ALIMENTÉ AVEC LES DOCUMENTS RELATIFS À VOTRE SORTIE ?  Oui  Non

**Faites votre préadmission au plus tard le jour de votre consultation d'anesthésie  
ou transmettre par mail : [ppi.admission@elsan.care](mailto:ppi.admission@elsan.care)**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de votre praticien :		
Votre date d'entrée :		<b>ESPECES :</b>
Votre heure d'entrée :		<b>CHEQUE :</b>
Votre date d'intervention :		<b>CB :</b>

### Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

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

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone	Lien de parenté :
Mail patient/représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

## RENSEIGNEMENTS ASSURE(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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie <input type="checkbox"/> oui	Régime local <input type="checkbox"/> oui		

# 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 PARTICULIÈRE AMBU' *
Espace privatif, calme et intime		✓
Climatisation		✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) ** 1 boisson chaude ou 1 jus de fruit ou 1 bouteille d'eau 50cl, 1 madeleine pur beurre, 1 mini muffins salé, 1 purée pomme bio, 1 yaourt Nat Danone bio <b>Pour les ORL :</b> 1 crème dessert à la vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl	✓	✓
Wifi	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓
Ma trousse Ambu' ** Un tube de crème mains Algotherm, un paquet de mouchoirs, un masque de nuit, une paire de bouchons auditifs, un peigne, un bloc-notes, un crayon à papier	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	35 €	75 €
<b>Votre choix (1)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'indisponibilité de la Chambre Particulière Ambu' pré-choisie, je souhaite bénéficier de la prestation de Forfait Ambu', qui me sera alors facturé au tarif indiqué sur cette présente fiche	<input type="checkbox"/>	

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

\* Sous réserve de disponibilité.

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

**(1) A défaut de choix, une collation 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

<b>Participation forfaitaire :</b> (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