

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Oui Non

Faites votre préadmission avant votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes avant la consultation).

SEJOUR

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Nom de votre praticien : | |
| Votre date d'entrée : | ESPECES : |
| Votre heure d'entrée : | CHEQUE : |
| Votre date d'intervention : | CB : |

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

| | | |
|---|---------------------|--|
| 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 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date de l'accident : | | |
| Bénéficiaire – 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) 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 | | ✓ |
| Pause gourmande (sucrée ou salée) *** | ✓ | ✓ |
| Wifi | ✓ | ✓ |
| TV (TNT) | ✓ | ✓ |
| Ma trousse Ambu'*** Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraichissantes, chausse-pied, crayon à papier | ✓ | ✓ |
| Tarifs/séjour | 32 € | 70 € |
| Votre choix ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} janvier 2023.

* sous réserve de disponibilité.

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

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

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. | 24€/séjour |
|--|------------|

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Le

Signature du patient ou du représentant légal