

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 :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

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
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- 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

RENSEIGNEMENTS

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/portable :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :		
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E)

Si différents du patient, lien de parenté avec l'ayant-droit par rapport à l'assurée : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse caisse d'assurance maladie :		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
Bénéficiez – vous de :			
Art. 115 (victimes de guerre)	<input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur)	<input type="checkbox"/> oui
CMU (couverture médicale universelle)	<input type="checkbox"/> oui	Régime local	<input type="checkbox"/> oui

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).

HOSPITALISATION

	FORFAIT AMBU' *	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *	FORFAIT OPHTALMOLOGIE *
Espace privatif, calme et intime**		✓	
Pause gourmande (sucrée ou salée)	✓	✓	✓
Wifi	✓	✓	
TV	✓	✓	✓
Pack Confort*** (Correspondant au Pack Détente)	✓	✓	
Ma trousse Ambu'	✓	✓	
Pochette ou étui à lunettes	✓	✓	✓
Tarifs/séjour	30€	60€	17.50€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 7 mai 2021 -

*A défaut d'option, je ne bénéficierai d'aucune prestation de confort ambulatoire. Dans ce cas, une collation simple de réalimentation me sera servie en espace partagé dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet. ** sous réserve de disponibilités.

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 àLe

Signature du patient :