

Faites votre réservation dès que possible :
En déposant ou en renvoyant cette fiche, au service Préadmission

e-mail : accueil.flo@cliniquelefloride.fr
voie postale : CLINIQUE LE FLORIDE – Service Admission
1, avenue de Thalassa 66420 LE BARCARES

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? ☐ Oui ☐ Non

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 en cours de validité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

GAGNEZ DU TEMPS => <https://floride.monadmission.fr>

Nom d'usage (ou marital) * :	Prénom* :	Sexe : ☐ F ☐ 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 représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E)

Si différents du patient, lien de parenté avec l'ayant-droit par rapport à l'assurée : ☐ Conjoint ☐ Enfant	
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		
(*) Les champs indiqués avec une * doivent obligatoirement être renseignés			

Fait àLe

Signature du patient ou de son représentant légal