

FICHE DE PRÉ-ADMISSION AMBULATOIRE OPHTALMOLOGIE



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**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

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

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ 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 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	

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'
Pause gourmande (sucrée ou salée) **	✓
Wifi	✓
TV (TNT)	✓
Mon pack Vision *** 1 ^{er} œil : une paire de lunettes protectrice (catégorie 3 UV400) 2 ^e œil : une boîte à lunettes & un kit entretien lunettes	✓
Tarifs/séjour	30 €
Votre choix *	
1 ^{er} œil	☐
2 ^e œil	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} septembre 2025.

* 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