

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui

☐ Non

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

Numéro de téléphone du service admission : 04 90 03 63 33

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, titre de séjour, permis de conduire nouvelle génération)
- Carte vitale ou attestation de sécurité sociale
- Attestation d'accident du travail ou de maladie professionnelle 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
 - Autorisation d'opérer signée par le tuteur

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

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 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 : ☐ 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		

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 (mutuelle), et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

	ESPACE PARTICULIER AMBU' ELSAN EYES	ESPACE PARTICULIER AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'*	CHAMBRE PARTICULIERE AMBU' PREMIUM*
Espace privatif, calme et intime	✓	✓	✓	✓
Pause gourmande**	✓	✓	✓	✓
Wifi	✓	✓	✓	✓
Vestiaire sécurisé	✓	✓		
TV (TNT)			✓	✓
Coffre-fort			✓	✓
Coin Courtoisie (Machine à café)				✓
Petit réfrigérateur				✓
Tablette numérique		✓		
Tarifs/séjour	80 €	80€	130 €	160 €
Votre choix	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 01 mars 2026.

* sous réserve de disponibilité.

** Une boisson chaude, 1 verrine de fromage blanc et 1 compote, 1 brioche, 1 salade de pâtes ou de riz et son petit pain, 1 bouteille de 50 cl. Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

Pour les patients opérés de la sphère ORL : 1 compote, 2 yaourt bio aromatisés et 1 bouteille d'eau de 50cl.

« **Arrêté du 30 mai 2018** : Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins »

« Les tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, sont à votre charge et/ou à celle des organismes d'assurance maladie complémentaires »

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre séjour 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.	32€/séjour
--	------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou du représentant légal