



FICHE DE PRE - ADMISSION AMBULATOIRE

Réservé à l'établissement

- 1 Complétez cette fiche et faites votre pré-admission avant la consultation d'anesthésie et au minimum 72 heures avant la date d'entrée.
2 Joindre impérativement à cette fiche les photocopies des documents suivants : Attestation de sécurité sociale, Carte de mutuelle, Pièce d'identité.
3 Remettez l'ensemble des documents : Au bureau des admissions, ou par courrier, ou par fax, ou par mail.

NB : une boîte aux lettres est à votre disposition près de l'accueil pour déposer ces documents (attention le dossier doit être complet)

Date d'entrée : ...../...../..... à ..... h .....

Nom du chirurgien ou médecin de la Clinique de l'Union : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT. Sexe M F. Nom, Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Né(e) le, Téléphone fixe, Portable, Adresse mail, Nom de votre médecin traitant, Ville.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN. Attestation relative au motif médical de l'hospitalisation pour un malade atteint de l'une des 30 affections mentionnées à l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale. J'atteste que l'hospitalisation dans le service du patient ci-dessus est motivée par le traitement de l'une des 30 affections mentionnées à l'art. D322-1 du code de la sécurité sociale. Oui Non, Date, Nom du médecin, signature et cachet.

•  **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ?**

OUI → Date de l'AT ou de la M. P. : ...../...../.....  NON

Nom de la caisse qui gère l'AT ou la M. P. : .....

Adresse : .....

•  **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident causé par un tiers ?**  OUI  NON

Date de l'accident : .....

**NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE** : .....

Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE**

N° de sécurité sociale : .... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Organisme d'Assurance Maladie : .....

**L'ASSURE** (à remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré) :

**Nom** : ..... **Nom de naissance** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Code postal** : ..... **Ville** : .....

**Né(e) le** : ..... / ..... / ..... **Adresse Mail** : .....

**Téléphone fixe** : ..... **Portable** : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE MUTUELLE**

Avez-vous une mutuelle :  OUI  NON Laquelle : .....

Etes-vous pris en charge au titre de la CMU :  OUI  NON

**Pour information :**

**N° FINESS de l'établissement : 310780283**

**Code DMT chirurgie : 137 Code DMT médecine : 174**

### EN AMBULATOIRE : votre séjour à la carte

*(Certains circuits d'ambulatoire ne pourront pas bénéficier des offres proposées)*

- L'hospitalisation en chambre double <sup>(1)</sup>  
 L'hospitalisation en espace privé <sup>(1)</sup>

Durant votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier de **2 formules de prestations hôtelières** au choix :

#### BULLE PLUS

- Mon espace privé
- Présence possible de mon accompagnant
- Télévision
- Collation \*

**45 €**

#### BULLE CONFORT

- Mon espace privé
- Présence possible de mon accompagnant
- Télévision
- Pause gourmande pour moi \*
- Pause gourmande pour mon accompagnant \*\*
- Trousse de toilette Bien-être

**65 €**

\* Prestation soumise à validation du personnel soignant

\*\* Prestation limitée à un accompagnant par patient

Je soussigné(e),.....  
atteste avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation en fonction de la prise en charge accordée par la mutuelle.

Les espaces privés sont attribués en fonction des disponibilités dans le service.

A Saint-Jean, le .....

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

<sup>(1)</sup> **Cocher l'option choisie**

