

Dossier de Pré Admission

Madame, Monsieur,

Pour constituer votre dossier administratif merci de compléter ce formulaire de pré admission et de le retourner au Bureau des Admissions dans les meilleurs délais accompagné des photocopies suivantes :

- attestation accompagnant votre carte VITALE et copie de votre carte de mutuelle;
- accord de prise en charge de votre assurance complémentaire santé (mutuelle)
- attestation de vos fins de droits si vous bénéficiez de la CMU ;
- volet spécifique complété par votre employeur daté et signé en cas d'accident travail

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L' HOSPITALISATION

Date d'entrée : / / Service.....

Type d'hospitalisation

- Hospitalisation de jour / Ambulatoire
- Actes externes
- Hospitalisation complète

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom..... Nom de Naissance.....

Prénoms..... Né(é) le / / à

Adresse

Téléphone / / /

COUVERTURE SOCIALE DU PATIENT

Sécurité Sociale

N°de S.Sociale

Nom et adresse du centre.....

Mutuelle*

Nom :

Adresse :

* Merci de vous rapprocher de votre mutuelle afin qu'une prise en charge soit faxée au 03.44.21.70.36

PRÉCISION SUR LA PRISE EN CHARGE

- Vous avez une affection longue durée (ALD)
 - Vous êtes reconnu (e) en invalidité
 - Vous êtes hospitalisé (é) suite à un accident travail en date du / /
- Si OUI joindre le volet spécifique complété par votre employeur*

Référence : **133 601** – Version : **09** – Application : 05-11-08

 03.44.21.70.00 -  03.44.21.70.36

VOS ATTENTES

- Chambre particulière
- Lit accompagnant
- Repas accompagnant

Les tarifs au 24/06/2008

- Chambre particulière : 45€ /jour
La Chambre particulière peut être prise en charge par votre mutuelle. Pensez à vérifier les termes de votre contrat. Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités du service le jour de votre entrée.
- Repas accompagnant : 7,61 €/repas
- Lit accompagnant : 25,50 €/jour

VOTRE ENTOURAGE

Vous avez la possibilité de désigner une personne à prévenir en cas d'urgence, ainsi qu'une personne de confiance.

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom..... Prénom.....
Adresse
Téléphone (domicile) / / / / (Portable) / / / /
Lien relationnel

Personne de confiance

- Je désigne comme personne de confiance la personne nommée-ci dessus
- Je ne désigne aucune personne de confiance
- Je désigne comme personne de confiance la personne nommée-ci dessous

Nom..... Prénom.....
Adresse
Téléphone (domicile) / / / / (Portable) / / / /
Lien relationnel

En application de la loi du 4 mars 2002, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales vous concernant. Cette désignation se fait par écrit et est révoquant à tout moment.

Date / /

Signature