



DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

Madame, Monsieur,

Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre établissement.

Afin d'être en mesure de vous accueillir dans les meilleures conditions, nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce dossier **EN LETTRES MAJUSCULES** et de le retourner par tout moyen à votre convenance au bureau des admissions de la polyclinique

- ↪ le plus rapidement possible mais au minimum 48 h avant votre admission (ou avant votre consultation chez l'anesthésiste le cas échéant),
- ↪ avec la photocopie des documents sollicités.

Par ailleurs, nous vous invitons :

- ↪ à vous présenter à l'accueil le jour de votre admission afin d'être orienté au sein de notre établissement,
- ↪ à prendre connaissance du livret d'accueil qui vous sera remis par nos services.

Le Directeur

NOM : Prénom :

Médecin en charge de votre intervention :

Date d'entrée :

Date(s) d'intervention(s) :

Hospitalisation : sur une journée sur plusieurs jours

S'agit-il de votre 1ère hospitalisation dans l'établissement ? Oui Non

VOTRE IDENTITÉ

NOM : Prénom :

Nom de naissance : Sexe : M F

Date de naissance : _ _ _ _ _

Ville de naissance : Département _ _

Votre adresse : N° Rue

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone Domicile _ _ _ _ _

Portable _ _ _ _ _

Travail _ _ _ _ _

IMPORTANT : Personne(s) à prévenir

❶ Nom & lien de parenté :

Téléphone _ _ _ _ _

❷ Nom & lien de parenté :

Téléphone _ _ _ _ _

ASSURÉ(E) SOCIAL(E) s'il ne s'agit pas du / de la patiente

NOM : Prénom :

Nom de naissance : Sexe : M F

Date de naissance : _ _ _ _ _

Ville de naissance : Département _ _

Votre adresse : N° Rue

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone Domicile _ _ _ _ _

Portable _ _ _ _ _

Travail _ _ _ _ _

MÉDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :

Ville : Département _ _

Avez-vous déclaré ce médecin auprès de votre caisse de sécurité sociale ?

Oui Non

VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nom de votre caisse :

Ville :

N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Clé _ _

VOTRE MUTUELLE

Nom de votre caisse :

Ville :

N° d'adhérent :

IMPERATIF :

PIÈCES A FOURNIR




Pour justifier de vos droits et afin de ne pas être facturé à tort lors de votre sortie, vous devez obligatoirement joindre la photocopie des pièces suivantes à votre dossier :

- ✚ Copie de votre attestation vitale (ou attestation de votre caisse ; à défaut copie d'un décompte de sécurité sociale)
 - Titulaire de la CMU : copie de l'attestation de prise en charge
 - Pour les pensionnés de guerre, une copie de votre carnet de soins et un feuillet original
 - Pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles, copie de l'attestation de prise en charge ou de votre déclaration auprès de la caisse de sécurité sociale
- ✚ Une copie recto-verso de votre carte mutuelle
- ✚ Une prise en charge que vous aurez demandée à votre mutuelle (à solliciter en fonctions des options de garantie indiquées sur votre carte)
- ✚ Si vous venez d'un autre établissement hospitalier, un bulletin d'hospitalisation (à solliciter auprès du secrétariat de l'établissement fréquenté)

FICHE HÔTELIÈRE

A renseigner pour une hospitalisation d'au moins une nuit

Selon les disponibilités le jour de votre admission, souhaitez-vous :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
|  Une chambre particulière | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  Une chambre à deux lits | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  Le branchement téléphonique, la télévision | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

TARIFS 2012

La chambre particulière est facturée 48,50 € par jour d'hospitalisation (cas particulier de la convalescence / soins de suite : 40,50 €).

Le forfait hôtelier intègre des prestations indissociables : téléphone, télévision, coffre fort et internet*. Il est facturé 5 € par jour (hors coût des communications).

** Sauf avis contraire du médecin. Disposer de son propre matériel sans fil.*

Fait à : _____ le : _____

Je soussigné (NOM et Prénom) :

Reconnais avoir pris connaissance des conditions d'hospitalisation.

Signature