

FICHE DE PRE-ADMISSION AMBULATOIRE

A remplir et à remettre à la secrétaire des admissions

Patient(e) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. fixe :

Adresse e-mail :@.....

(Cette adresse mail ne sera pas communiquée à des tiers, et sera, exclusivement utilisée par l'établissement, notamment pour l'enquête de mesure de satisfaction e-satis)

Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans les 12 derniers mois ? OUI NON

Assuré(e) (si différent du patient) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

N° et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale :

Nom et coordonnées de votre mutuelle :

Avez-vous déclaré un Médecin traitant à la sécurité sociale ? OUI NON

DOCUMENTS A JOINDRE A CETTE FICHE :

- Votre carte vitale avec vos droits à jour ou à défaut une attestation de droits ouverts
- L'attestation de CMU ou d'AME le cas échéant
- Une photocopie de votre pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour)
- Une photocopie de votre carte de mutuelle

IMPORTANT : Le jour de votre admission, si vous ne disposez pas de la prise en charge de votre mutuelle complémentaire, la **Participation Assuré Transitoire (24€)** et le prix de la chambre choisie (**70€/110€**) vous seront facturés au moment de votre entrée. **Dans ce cas, merci de prévoir un moyen de paiement.** Une facture acquittée vous sera alors adressée.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations complémentaires) 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 chambres particulières sont attribuées en fonction des disponibilités du service ;
Nous mettons tout en œuvre pour vous satisfaire.**

INFORMATION TARIFAIRE

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le / / avec le docteur à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous :

	Chambre particulière ambulatoire CONFORT 70€	Chambre particulière ambulatoire CONFORT PLUS 110€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace individuel	✓	✓
Télévision	✗	✓
Wifi	✓	✓
Collation confort*	✓	✗
Collation confort plus**	○	✓
Grande chambre	✗	✓
Lit à la place du brancard	✗	✓
Coffre	✓	✓
Cabinet de toilette	✗	✓
Salle de bain	✗	✓

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

*Collation confort : 1 boisson chaude (thé ou café), 1 sandwich club au choix (thon ou poulet), 1 madeleine, 1 compote, 1 yaourt nature

** Collation confort plus : 1 boisson chaude (thé ou café), 1 sandwich club au choix (thon ou poulet), 1 macaron, 1 salade de fruits coupelle, 1 yaourt nature

Le choix des prestations seront attribuées dans la mesure des disponibilités.

PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare être informé (e) :

- Du paiement de la **Participation Assuré Transitoire (PAT)** de **24,00 €** par séjour. Il s'agit d'une participation forfaitaire demandée par l'assurance maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge tout ou en partie par la mutuelle du patient.
- Du paiement des **prestations complémentaires et options** choisies ci-dessus.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge lors de mon admission dans l'établissement.

Fait à , le

Signature (faire précéder de la mention « lu et approuvé ») :

En qualité de patient
 autre : à préciser