

Ambulatoire Soins externes

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement : Oui Non

COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À CETTE FICHE DE PRÉADMISSION :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale (carte vitale)
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs :
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille ou pièce d'identité de l'enfant
- Pour les majeurs protégés :
 - Autorisation d'opérer signée par le représentant légal

RENSEIGNEMENTS

Nom de naissance :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom d'usage :	Profession :	
Né(e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
E-mail*		
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

*Utilisé uniquement dans le cadre de l'enquête de satisfaction ESATIS généralisée à tous les établissements de santé par la HAS

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de sécurité sociale :	Adresse :
S'agit-il d'un accident du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	
Bénéficiez-vous de :	
Art_115 (victimes de guerre) <input type="checkbox"/> Oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui
CMU (couverture médicale universelle) <input type="checkbox"/> Oui	Régime local <input type="checkbox"/> Oui

HÔTELLERIE & SERVICES PERSONNALISÉS

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle et autorise la Clinique du Ter à commander et à régler pour mon compte, tout matériel nécessaire aux soins qui me seront prodigués. Je reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

CHOIX DES PRESTATIONS AMBULATOIRE

Les tarifs s'entendent TTC

*Sous réserve de disponibilités dans le service

**Possibilité de prise en charge par la mutuelle

	CHAMBRE DOUBLE	CHAMBRE SIMPLE**
Espace privatif, calme et intime*		✓
Collation	✓	✓
Wifi - Télévision - Téléphone NB : Pour les patients ophtalmo le nécessitant, les lunettes sont incluses.	✓	✓
Tarifs / Séjour	15€	30€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION TARIF FORFAITAIRE SÉCURITÉ SOCIALE

Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros. En règle générale, si vous disposez d'une mutuelle, cette part est prise en charge. Dans le cas contraire, elle est à votre charge.

Pour plus d'information, rendez-vous sur le site internet :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-24-euros>

Fait àLe

Signature du patient :