



①

# Formulaire de «PREADMISSION»

A renseigner par le patient

## Pour votre entrée, apporter originaux et copies :

- votre carte vitale à jour et une attestation d'ouverture de droits
- votre carte de mutuelle et une **pièce d'identité**
- pour les mineurs, livret de famille et/ou pièce d'identité
- un moyen de paiement (chèque, carte bleue ou espèces)

## Formalités administratives

Patient
Nom de naissance : .....
Nom d'usage : .....
Prénom : .....
Né (e) le : / / ..... à : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél : .....
mail : .....@.....

L'Assuré N'est PAS le PATIENT
<i>(Remplir ce qui suit)</i>
Nom de l'assuré : .....
Nom d'usage : .....
Prénom de l'assuré : .....
Né (e) le : / / ..... à .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél : .....

Caisse d'assurance maladie
N° Sécurité sociale : _ _ _ _ _ / _
Caisse : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> UTIMH <input type="checkbox"/> MSA
Autres : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....

Mutuelle
MUTUELLE : .....
N° Adhérent : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Ville : .....

Informations complémentaires
Nom du médecin traitant déclaré à la sécurité sociale :
Dr.....
Nom du chirurgien ou du spécialiste : Dr.....
Date d'entrée prévue le : / / ..... <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Ambulatoire
Chambre particulière en hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(Sous réserve de disponibilité)