

## DOSSIER DE PRE ADMISSION

Site de Creil

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 documents suivants :

- Votre attestation de droits Sécurité Sociale ou votre carte VITALE et votre carte de mutuelle
- Carte d'Aide Médicale d'Etat avec des droits à jour ou votre attestation CMU
- Volet spécifique complété par votre employeur daté et signé en cas d'accident travail
- Une pièce d'identité

\*\*\*\*\*

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'HOSPITALISATION

Date d'entrée : ..... / ..... / ..... Service .....

Type d'hospitalisation :

- Hospitalisation de jour / Ambulatoire  
 Hospitalisation complète

### IDENTIFICATION DU PATIENT

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

Prénoms ..... Né(é) le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse mail : .....@.....

### 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 **03.44.61.69.10**.

## PRECISION SUR LA PRISE EN CHARGE

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

## VOS ATTENTES

- Chambre particulière
- Repas accompagnant (achat des tickets auprès de l'Accueil) : 8€/repas
- Télévision et Téléphone (prestations à demander au Relais H, dans le hall Principal)

❖ Chambre particulière : 45,00 € /jour (facturation de la chambre par journée, jour de sortie inclus)

*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.***

**Souhaitez-vous une chambre particulière :**       oui                       non

***Date et Signature OBLIGATOIRE :***

\*\*\*\*\*

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

### **Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone (Domicile) ..... / ..... / ..... / ..... / ..... (Portable) ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Lien relationnel .....

Date ..... / ..... / .....

Signature :