

RENSEIGNEMENTS ADMISSION

HOSPITALISATION AMBULATOIRE SOINS EXTERNE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....

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

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Patient sous tutelle : OUI NON

Personne à prévenir ou tuteur : (nom, prénom, adresse, téléphone, lien de parenté)

.....

.....

Photocopies des documents à joindre en recto-verso :

- La carte vitale
- Carte de mutuelle ou attestation de CMU complémentaire
- Pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour)

Cadre réservé au personnel hospitalier

Date et heure d'entrée :
Le à

Nom du médecin intervenant :
.....

Service :

RECUEIL DE CONSENTEMENT - CHAMBRE INDIVIDUELLE

Je souhaite bénéficier d'une chambre individuelle (selon disponibilité ou je suis déjà en chambre individuelle) :

En Ambulatoire : 50.00 euros (télévision incluse)

En Maternité : Chambre confort : 60.00 € / jour
 Chambre confort + : 98.00 € / jour (prestations supplémentaires)

En Médecine, Chirurgie : 60.00 € / jour

En Chimiothérapie : Forfait chambre : 40.00 €

Je souhaite bénéficier d'une chambre commune (selon disponibilité) :

Prestations supplémentaires pour les hospitalisations en Médecine, Chirurgie et Maternité :

Télévision : 5.50 €/jour Téléphone : 2.00 €/ séjour (ouverture de ligne) + communications

Je confirme être informé du tarif de la chambre individuelle et il m'appartient de m'assurer auprès de ma mutuelle que mon contrat prévoit la couverture des frais de la chambre individuelle.

Je m'engage à régler la totalité ou le solde des frais en cas de non prise en charge de la mutuelle des frais relatifs à la chambre individuelle.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

(Identité et lien de parenté si le signataire n'est pas l'assuré)