



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

(Remplir ce qui suit)

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 : CPAM RSI RAM UTIMH 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 : / / .....  Hospitalisation  Ambulatoire  
Chambre particulière en hospitalisation: Oui Non  
(sous réserve de disponibilité)