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)

SA Champeau/Méditerranée Groupe AXE SANTE
32, avenue Enseigne Albertini - 34500 Béziers
04 67 09 19 20/ - 04 67 30 62 09
contact@clinique-champeau.fr
Site : www.clinique-champeau.fr