

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Cet imprimé permet de constituer à l'avance votre dossier administratif et de réduire le délai d'attente lors de votre admission : nous vous remercions de bien vouloir le retourner, **au plus tard 8 jours avant la date fixée pour votre hospitalisation**, à l'adresse suivante :

HOPITAL FOCH – Service des Admissions
40 rue Worth – BP 36 – 92151 Suresnes Cedex
Tel : 01 46 25 20 00 Fax : 01 46 25 20 96

Service d'hospitalisation	
Date d'entrée prévue : Etage	
Si vous avez déjà été hospitalisé à l' HOPITAL FOCH, veuillez nous en préciser :	
L'année d'hospitalisation : N° de patient (éventuellement)	
<p>PERSONNE HOSPITALISEE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Situation de famille :</p> <p>Nationalité :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>N° de téléphone personnel :</p> <p>.....</p>	<p>SI LE PATIENT N'EST PAS ASSURE (ayant droit)</p> <p>Nom de l'assuré :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Situation de famille :</p> <p>Parenté avec le malade :</p> <p>Nationalité :</p> <p>Profession :</p> <p>N° de téléphone personnel :</p> <p>.....</p>
EMPLOYEUR (Raison sociale) :	
Adresse :	
N° de téléphone :	
<p style="text-align: center;"><u>ORGANISME DE COUVERTURE</u> <u>SOCIALE</u></p> <p>- Joindre une copie de votre attestation d'Assuré Social</p>	<p style="text-align: center;"><u>MUTUELLE COMPLEMENTAIRE</u></p> <p>- Prenez contact avec votre Mutuelle pour obtenir la prise en charge de votre hospitalisation</p> <p>- Vous devez impérativement présenter la prise en charge de votre Mutuelle au plus tard au moment de votre admission</p>

- Vous désirez le téléphone : merci de le préciser dès votre arrivée (Pré-paiement de 20€ dont 5,34 € de frais de branchement)
- Vous souhaitez une chambre individuelle **avec supplément** (sous réserve de disponibilités)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

<u>PERSONNE A PREVENIR EN N°1</u>	<u>PERSONNE A PREVENIR EN N°2</u>
<u>PARENTÉ</u>	<u>PARENTÉ</u>
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
.....
Adresse :	Adresse :
.....
N° de tél. Domicile :	N° de tél. Domicile :
N° de tél. Bureau :	N° de tél. Bureau :

Si votre hospitalisation est en rapport avec un accident, il convient de nous le préciser.

- Accident du travail : Date :

- Autre accident (nature)..... Date :

PIECES A FOURNIR (au moment de votre admission) :

- une pièce d'identité
- votre carte d'identification patient FOCH (éventuellement)
- votre carte d'assuré social en cours de validité
ou tout autre justificatif d'ouverture de droits auprès de votre caisse
- votre prise en charge Mutuelle

PATIENTS RESIDANT EN PROVINCE

Il convient d'obtenir l'accord médical de votre Organisme de Sécurité Sociale pour la prise en charge de vos transports, aller et/ou retour, s'ils sont médicalisés (Ambulance, V.S.L., taxi conventionné).

Faute de cette démarche, **ces frais resteront à votre charge à 100 %.**

PATIENTS RESIDANT A L'ETRANGER

1) PAYS APPARTENANT A LA C.E.E.

Vous venez vous faire soigner spécialement en France ; il est indispensable d'obtenir avant votre départ, un **formulaire E 112. La validité dans le temps de celui-ci est limitée. Si votre séjour devait se prolonger, au-delà de la date limite, il vous appartiendrait de régler les frais non pris en charge.**

2) PAYS HORS C.E.E.

- **présenter votre passeport** (au moment de votre admission)

Un devis du coût prévisionnel du séjour vous sera préalablement établi.

Vous devrez régler à l'avance ces frais en totalité. Une facture acquittée vous sera remise à votre sortie pour remboursement auprès de la Caisse dans votre pays d'origine.