

# Feuille administrative

7, rue Parmentier Clinique Louis Pasteur Tél. : 0890 65 5000  
54271 Essey-les-Nancy (0,15€ TTC/mn depuis un poste fixe)  
Fax : 03 83 18 83 25

Médecin : .....

Date d'entrée : ..... / ..... / .....

Heure : ..... h .....

Nom du patient :

.....

Ambu

Hosp

Type d'intervention : .....

Madame, Mademoiselle, Monsieur,  
Vous devez prochainement effectuer un séjour  
dans notre établissement.

Pour nous permettre de préparer votre dossier  
administratif, veuillez nous compléter le questionnaire  
que vous ramènerez lors de la consultation d'anesthésie  
(03 83 18 83 20).

**A l'entrée et à la consultation d'anesthésie**, vous devez vous munir de votre :

• Carte de groupe sanguin

• Carte de mutuelle

• Carte vitale

**Veuillez compléter ce document et nous le retourner SOUS 48 HEURES  
si vous n'avez pas de consultation d'anesthésie  
avec la prise en charge de votre mutuelle**

Nom : .....	Nom de jeune fille .....	Sexe : M F
Prénom : .....	Téléphone : .....	
Né(e) le : ..... / ..... / .....	à : .....	Profession : .....
Adresse complète : .....		
.....		

**Chambre seule** souhaitée : Oui Non  
*(en fonction des disponibilités du jour)*  
Un supplément est à régler à la sortie sauf s'il est pris en  
charge par votre mutuelle.  
Uniquement pour hospitalisation.

**Etes-vous déjà venu(e) à la clinique :**

Oui Non Date : .....

**Hospitalisation enfant : accompagnement**

Père Mère

*(obligatoire jusqu'au 10<sup>ème</sup> anniversaire)*

Autre (préciser) : .....

**Personne à prévenir :**

Nom..... Prénom .....

Lien de parenté : .....

Tél. dom. ....

Tél trav. ....

**Nom et prénom de l'assuré :**

.....

N° de Sécurité Sociale : .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Nom et adresse du bureau payeur : .....

.....

Droit CMU : Oui Non

Régime Alsace Moselle : Oui Non

100% en rapport : Oui Non

Invalidité : Oui Non

**Avez-vous une mutuelle :** Oui Non

Nom de la mutuelle : .....

Adresse : .....

.....

N° d'adhérent : .....

Faire votre demande de prise en charge

Accident de travail : Oui Non Date : .....

Fait à ....., le  
Signature de l'assuré :

**Lisez attentivement le livret d'accueil qui vous sera remis à votre entrée dans le service  
et qui comprend les modalités liées à votre séjour. Nous vous en remercions à l'avance.  
La direction de la Clinique Louis Pasteur.**

SE-ADM-01-B version 1

