

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION CLINIQUE
A RETOURNER SOUS 24h

Formulaire à retourner à la Clinique MIRAMBEAU
22 avenue de Maignon
64600 ANGLET

Téléphone : 05.59.52.33.00
Télécopie : 05.59.63.00.60

Mail : clinique.mirambeau@wanadoo.fr

NOM : **NOM DE JEUNE FILLE :**
Prénoms :
Adresse :
Code postal : **VILLE :**
Téléphone : **Portable :**
Adresse mail :
Date de naissance : **Lieu de naissance :**
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

Personne à prévenir en cas de nécessité (précisez le lien de parenté) :

.....
NOM : **Prénoms :**
Adresse :
Code postal : **VILLE :**
Téléphone :

Personne de confiance (précisez le lien de parenté) :

.....
NOM : **Prénoms :**
Adresse :
Code postal : **VILLE :**
Téléphone :

Etes-vous sous protection juridique ? OUI NON
 Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
 Autres (préciser) :

NOM et PRENOMS du tuteur/curateur :

NOM du médecin Traitant : **Téléphone :**
Adresse :

NOM du Psychiatre : **Téléphone :**
Adresse :

Sécurité sociale

Nom caisse :

Mutuelle Complémentaire

N° Immatriculation :

N° Adhérent :

CMU : OUI NON

Nom de la mutuelle :

ALD (100%) ou Invalidité : OUI NON

Adresse et téléphone :

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière (supplément à partir de 68€) : OUI NON
(sous réserve des disponibilités de la Clinique lors de votre arrivée et de votre prise en charge mutuelle)

Merci de nous retourner le formulaire par mail, fax ou courrier avec les documents suivants :

- une attestation d'assurance maladie à jour ou photocopie de la carte vitale,
- une photocopie de la carte d'adhérent mutuelle (recto/verso)
- une photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso)

Lors de votre admission administrative à la Clinique un chèque de caution voire des chèques d'acompte vous seront demandés.

Merci de vous munir de : votre carte vitale, votre carte mutuelle et d'une pièce d'identité.