

# Dossier de pré-admission

**HOPITAL RAYMOND-POINCARÉ**  
**Service Admissions - Frais de séjour**  
 104 boulevard Raymond-Poincaré  
 92 380 GARCHES  
 N° fitness : 920100054  
 Tel : 01 47 10 79 00  
 Fax : 01 47 10 78 23

Possibilité de renvoyer le dossier par mail  
 accueil.admission.rpc@aphp.fr

**Fiche de renseignements à retourner, le plus rapidement possible, à l'Hôpital Raymond-Poincaré (par voie postale ou mail) après l'avoir dûment remplie et accompagnée de tous les documents demandés.**

**Date de convocation : ..... /..... /..... UH : ..... DMT : ..... Service : ..... Dr : .....**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... /..... /.....

Nationalité : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

E-mail : .....

Situation familiale : Célibataire - Concubin(e) - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve)

Profession : .....

## EMPLOYEUR

Nom de la société : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**N° SÉCURITE SOCIALE :**

N° et adresse du centre : .....

## MUTUELLE :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

N°adhérent : .....

Avez-vous déjà été hospitalisé à l'hôpital Raymond-Poincaré ? OUI  NON  Si oui, en quelle année ? .....

L'hospitalisation de ce jour fait-elle suite à un accident ? OUI  NON  Si oui, à quelle date ? .....

De quelle nature ?  Travail  Voie Publique  Scolaire  Autre : .....

## PERSONNE A PRÉVENIR :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone du travail : .....

Portable : .....

## PERSONNE DE CONFIANCE LE CAS ÉCHEANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone du travail : .....

Portable : .....

## PHOTOCOPIES DES PIÈCES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

- Carte d'Identité ou de Séjour (recto et verso)
- Attestation de la Sécurité Sociale en cours de validité
- Prise en charge de votre Mutuelle\*
- Copie du jugement de tutelle ou curatelle
- Justificatif de domicile

*Pour les enfants en bénéficiant : notification d'Allocation Éducation Spéciale*

*Si Accident de Travail : volet 2*

*Si vous faites partie des « Article 115 » : carnet de soin\*\**

*si vous faites partie de la CEE (hors France) : l'original du E112 (obligatoire) et la carte d'Assuré Social Européenne*

\* pour le forfait journalier et ticket modérateur ou attestation C. M. U. en cours de validité \*\* Où figure votre diagnostic