

Principauté de MONACO
CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE

DEMANDE D'ADMISSION EN CHIR. ANESTHESIE AMBULATOIRE

Document à compléter par le secrétariat du médecin responsable du séjour et à remettre au Bureau des Entrées

LE PATIENT

Nom Nom de Jeune fille

Prénom

Date et lieu de naissance Nationalité

Adresse

Adresse indiquée sur la carte de sécurité sociale

(si différente)

Téléphone

Personnes à contacter (noms et téléphone)

LA COUVERTURE SOCIALE

Nom et prénom de l'assuré

Organisme d'assurance maladie (nom et adresse)

-> Numéro d'assuré social

Nom et adresse de la mutuelle

-> Numéro d'adhésion de cet organisme

Assurance privée, nom et adresse

-> Numéro d'adhésion à cet organisme

LE SEJOUR

Mode de traitement : C-(chirurgie et anesthesie ambulatoire) Code Service : 0 780

Entrée prévue le

Nom du Médecin responsable :

Régime d'hospitalisation () Public () Privé

Prestation supplémentaire () + Chambre particulière

Discipline Coef. Du K

Risque () Maladie () Maternité () Accident de travail F () Accident de travail MC

Consultation de pré-anesthésie () oui () non

Cachet du Praticien

Document établi le