

BULLETIN DE PRÉ-ADMISSION



Veillez faire votre dossier de préadmission en ligne sur :
ramsayservices.fr (QR code à coté) - Cette admission doit être faite
AVANT votre date d'hospitalisation ou examen

Si vous ne pouvez pas faire votre préadmission en ligne : Merci de vous rendre au service préadmission **du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00** - **Veillez apporter les originaux des documents suivants** : Pièce d'identité (**Attention : pour les mineurs le livret de famille et les pièces d'identité des deux parents sont obligatoires**) + Carte vitale ou attestation CMU / AME + Carte mutuelle + si c'est votre cas : Attestation de la déclaration d'accident du travail.

<u>MALADE</u>	<u>ASSURÉ</u>
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Nom de naissance _____	Nom de naissance _____
	<u>CAISSE</u>
	Nom _____
Date de naissance _____	Adresse _____
Adresse _____	_____
_____	N°SS _____
	<u>Chambre particulière</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Tél domicile _____	<u>ALD</u> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Portable (obligatoire) _____	<u>MUTUELLE</u>
Adresse mail _____	Nom _____
Médecin Traitant _____	Adresse _____
Médecin /Chirurgien _____	N'adhèrent _____
<u>PERSONNES A PRÉVENIR :</u>	<u>AMBULANCIER OU TRANSPORT</u>
NOM : _____ Prénom _____	_____
Lien parenté : _____ Tél : _____	
Adresse : _____	

<u>HONORAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</u>	
Du Docteur _____	De l'Anesthésiste _____
Montant accepté par le patient _____ <i>(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, au Cabinet médical du Chirurgien)</i>	Montant accepté par le patient _____ <i>(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, à la sortie du patient)</i>
<u>Cachet</u> <u>et signature du praticien</u>	<u>Cachet</u> <u>et signature du praticien</u>

Je certifie exacts les renseignements ci-contre.
Je certifie avoir pris connaissance des honoraires non remboursés

Le _____ Signature du patient ou de son représentant

ENTRÉE PRÉVUE Pour le Docteur _____ Le _____ à _____ heures

SERVICE : MEDECINE CHIRURGIE AMBULATOIRE SOINS EXTERNES

Pathologie _____

Livret Accueil ou Passeport AMBU remis : Oui Non Refus du patient de recevoir le livret