

# FICHE DE PRE - ADMISSION AMBULATOIRE

Réservé à l'établissement

**Merci de faire votre pré-admission avant la consultation d'anesthésie et au minimum 72 heures avant la date d'entrée.**

Faites votre pré-admission en ligne en vous connectant sur [ramsay-services.fr](http://ramsay-services.fr)



et cliquez sur

**JE CREE MON COMPTE**

**ou**

Si vous n'avez pas la possibilité de faire votre pré-admission en ligne, veuillez compléter cette fiche et joindre impérativement les photocopies des documents suivants :

- **Attestation de sécurité sociale** (la photocopie de la carte vitale est inutile)
- **Carte de mutuelle** recto/verso
- **Pièce d'identité** recto/verso en 2 exemplaires (livret de famille pour les mineurs ne possédant pas de pièce d'identité)

**Remettez l'ensemble des documents :**

Au **bureau des admissions** (hall d'accueil prenez un ticket « pré-admission »)  
ou par **courrier** [à l'attention du bureau des entrées](#)

*NB : une boîte aux lettres est à votre disposition près de l'accueil pour déposer ces documents (**attention le dossier doit être complet**)*

Date d'entrée : ...../...../..... à ..... h .....

Nom du chirurgien ou médecin de la Clinique de l'Union : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Sexe  M  F

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom de votre médecin traitant : ..... Ville : .....

• **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ?**

OUI → Date de l'AT ou de la M. P. : ...../...../.....  NON

Nom de la caisse qui gère l'AT ou la M. P. : .....

Adresse : .....

• **Votre hospitalisation est-elle liée à un accident causé par un tiers ?**  OUI  NON

Date de l'accident : .....

**NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE** : .....

.....

Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE**

N° de sécurité sociale : .... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Organisme d'Assurance Maladie : .....

**L'ASSURE** (à remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré) :

**Nom** : ..... **Nom de naissance** : .....

**Prénom** : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Adresse Mail : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE MUTUELLE**

Avez-vous une mutuelle :  OUI  NON Laquelle : .....

Etes-vous pris en charge au titre de la CMU :  OUI  NON

**Pour information :**

**N° FINESS de l'établissement : 310780283**

**Code DMT chirurgie : 137 Code DMT médecine : 174**



## VOS PRESTATIONS HÔTELIÈRES : votre séjour à la carte

(Certains circuits d'ambulatoire ne pourront pas bénéficier des offres proposées)

Durant votre séjour, vous avez la possibilité d'être accueillis en chambre privée ou en chambre double. Veuillez cocher la formule choisie.

**L'hospitalisation en chambre privée**

En chambre privée, vous pouvez bénéficier de **2 formules de prestations hôtelières** au choix :

 <b>BULLE PLUS</b>	 <b>BULLE CONFORT</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mon espace privé</li><li>• Présence possible de mon accompagnant</li><li>• Télévision</li><li>• Collation<sup>1</sup></li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>50 €</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mon espace privé</li><li>• Présence possible de mon accompagnant</li><li>• Télévision</li><li>• Pause gourmande pour moi<sup>1</sup></li><li>• Pause gourmande pour mon accompagnant<sup>2</sup></li><li>• Trousse de toilette bien-être</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>70 €</b></p>

<sup>1</sup> Prestation soumise à validation du personnel soignant

<sup>2</sup> Prestation limitée à un accompagnant par patient

**L'hospitalisation en espace collectif ou, en cas d'indisponibilité, un espace privé sans reste à charge**

Je soussigné(e),.....  
atteste avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation en fonction de la prise en charge accordée par la mutuelle.

Les espaces privés sont attribués en fonction des disponibilités dans le service.

A Saint-Jean, le .....

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**