

# 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 [ramsayservices.fr](http://ramsayservices.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 (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 usuel : ..... 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 usuel :** ..... **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)

Veillez cocher la formule choisie.

Les BULLE **CONFORT** sont attribuées en fonction des disponibilités dans le service, vous pourrez bénéficier de l'offre « PARCOURS **CONFORT AMBU** » en cas d'indisponibilité.

 <b>PARCOURS CONFORT AMBU</b>	 <b>BULLE CONFORT</b>
<b>KIT PARCOURS CONFORT AMBU :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plaid</li><li>• Masque de nuit</li><li>• Bouchons d'oreilles</li><li>• Tote bag</li><li>• Accès à l'application <b>MUSIC CARE</b> pendant 15 jours</li><li>• Collation<sup>1</sup></li><li>• Trousse de toilette bien-être</li><li>• Ticket parking offert</li></ul> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <b>69 €</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mon espace privé</li><li>• Télévision</li><li>• Pause gourmande pour moi<sup>1</sup></li><li>• Trousse de toilette bien-être</li><li>• Ticket parking offert</li></ul> <p><b>Pour mon accompagnant<sup>2</sup> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Présence possible</li><li>• Pause gourmande<sup>2</sup></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>+ KIT PARCOURS CONFORT AMBU offert</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <b>99 €</b></p>

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

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

Sans choix de votre part, vous n'aurez pas de prestations associées

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 »**