

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

<b><u>HONORAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</u></b>	
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>
<b><u>Cachet</u></b> <b><u>et signature du praticien</u></b>	<b><u>Cachet</u></b> <b><u>et signature du praticien</u></b>

*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