

Veillez faire votre dossier de préadmission en ligne sur :
ramsayservices.fr (QR code à coté) - Cette admission doit être faite
au plus tard 10 jours avant la date d'admission à l'Hôpital privé Sainte-Marie et
AVANT votre consultation anesthésique.



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 est obligatoire**) + 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 _____
Situation familiale (entourer votre choix)	CAISSE
Marié* Divorcé* Célibataire* Veuf/veuve*	Nom _____
Date de naissance _____	Adresse _____
Adresse _____	_____
_____	N°SS _____
Tél domicile _____	Chambre particulière OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Portable (obligatoire) _____	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adresse mail _____	MUTUELLE
Médecin _____	Nom _____
Réfèrent _____	Adresse _____
Médecin Prescripteur _____	N'adhèrent _____
<u>PERSONNES A PRÉVENIR</u>	<u>AMBULANCIER OU TRANSPORT</u>
_____	_____
Tél : _____	_____

HONORAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Du Docteur _____

De l'Anesthésiste _____

Montant accepté par le patient _____

(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, au Cabinet médical du Chirurgien)

Cachet
et signature du praticien

Montant accepté par le patient _____

(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, à la sortie du patient)

Cachet
et signature du praticien

Je certifie exacts les renseignements ci-contre.

Je certifie avoir pris connaissance des honoraires non remboursés

Signature du patient ou de son représentant

Le _____

ENTRÉE PRÉVUE Pour le Docteur _____ Le _____ à _____ heures

SERVICE : MEDECINE CHIRURGIE AMBULATOIRE Pathologie _____

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