

II - Dossier de pré-admission Ambulatoire



ATTENTION

CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE EN TOTALITE ET REMIS AU SECRETARIAT D'ANESTHESIE LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE, OU PAR EMAIL

ADMAMBU@RAMSAYGDS.FR

SI LA DOCUMENTATION EST INCOMPLETE OU EN L'ABSENCE DES PIECES JUSTIFICATIVES, VOTRE INTERVENTION POURRA ETRE REPORTEE



1 Identification du patient

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE : |__| |__| |__|

ADRESSE :

.....

N° de Téléphone : Domicile : |__| |__| |__| |__| |__|

Portable : |__| |__| |__| |__| |__|

Autre : |__| |__| |__| |__| |__|

ADRESSE MAIL : |_____ @ _____|

NOM DU CHIRURGIEN : DATE D'INTERVENTION :



2 Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- Une photocopie recto de votre Carte d'Identité
- Une photocopie de votre attestation Carte Vitale avec vos droits à jour

CAS PARTICULIERS (pièces complémentaires à joindre) :

- Accident de travail** : Joindre la photocopie du volet 1 de votre triptyque A.T.
- Couverture Maladie Universelle** : Joindre la photocopie de votre attestation avec vos droits à jour.

Attestation disponible à n'importe quel guichet de Sécurité Sociale.

- Aide médicale** : Joindre la photocopie de votre attestation avec vos droits à jour



L'ETABLISSEMENT N'ACCEPTÉ PAS LES PRISES EN CHARGE MUTUELLE EN AMBULATOIRE ET VOUS FOURNIRA DANS LES 8 JOURS SUIVANT VOTRE INTERVENTION LES DOCUMENTS NECESSAIRES A VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

3 Caisse d'assurance maladie

N° DE SECURITE SOCIALE : | | | | | | | | | |

N° DU CENTRE :

ADRESSE :
.....

BENEFICIEZ-VOUS : d'une ALD d'un 100%

IDENTIFICATION DE L'ASSURE (SI DIFFERENT DU PATIENT)

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE : | | | | | |

ADRESSE :
.....

N° DE TELEPHONE : Domicile : | | | | | |

Portable : | | | | | |

Autre : | | | | | |

LIEN DE PARENTE AVEC LE PATIENT (cocher la mention utile) : Conjoint Parent Autre

4 Cas particuliers

ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE DE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL : | | | | | | RECHUTE LE : | | | | | |

DATE DE VOTRE MALADIE PROFESSIONNELLE : | | | | | |

EMPLOYEUR :

COORDONNEES DE L'ORGANISME QUI COUVRE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL :
.....

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS (*)

DATE : | | | | | |

(*) Exemples : Accidents de la circulation, scolaire, sportif, de la voie publique,...

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

AIDE MEDICALE

5

Conditions d'admissions

Je soussigné(e)

NOM : PRENOM :

déclare avoir pris connaissance des modalités de prise en charge énoncées dans le livret d'accueil.

Sélectionne mon offre Solo et Restauration parmi les options ci-dessous (sous réserve de disponibilité):

	<input type="checkbox"/> sans options	<input type="checkbox"/> Box individuel 30 €	<input type="checkbox"/> Chambre Solo 100 €
Espace privatisé		✓	✓
Sanitaires privés			✓
Accompagnants autorisés			✓
Télévision		✓	✓
Accès Wi-Fi		✓	✓
Collation	✓	✓	
Plateau repas complet			✓

Déclare m'engager à régler directement à la Clinique du Sport les frais d'hospitalisation et les suppléments.

Déclare m'engager à déposer un chèque de caution de la valeur de la prise en charge si les droits à la sécurité sociale sont en cours d'ouverture.

Donne mandat à la Clinique du Sport d'acquérir pour mon compte ou celui de :

.....

les prothèses éventuellement nécessitées par l'intervention chirurgicale qui doit être pratiquée dans votre établissement. Par prothèse, il convient d'entendre toute plaque, vis, ligament synthétique, implants ou autres matériels dont votre chirurgien aurait l'usage au cours de votre intervention. Ces matériels sont en général pris en charge par la Sécurité Sociale.

Fait à Paris, le

Signature :

6

Dépassement d'honoraires

NOM : **PRENOM** :

Au cours de la consultation préalable à mon hospitalisation dans votre établissement, j'ai été informé (e) que les honoraires des praticiens étaient supérieurs aux tarifs conventionnés, comme l'autorise la convention « secteur II » de la sécurité sociale.

Ces dépassements d'honoraires sont des actes conventionnels reconnus par la sécurité sociale qui, bien que n'en assurant pas le remboursement, en a connaissance ainsi que les services fiscaux.

Il m'appartient de me renseigner auprès de votre mutuelle des conditions de remboursement.

Le code CCAM de l'intervention est

Le dépassement d'honoraires du chirurgien Dr s'élève à€

Le dépassement d'honoraires de l'anesthésiste Dr s'élève à €

(Praticiens non signataires du CAS ; contrat d'accès aux soins)

Ces honoraires seront à ma charge et je réglerai l'intégralité de cette somme le jour de ma sortie

Fait à Paris, le

Signature du patient

Signature du praticien

*Pour tout règlement par chèque, celui-ci devra être établi à l'ordre du praticien