Clinique des Franciscaines

7 bis A, rue de la Porte de Buc

78000 Versailles

Tél : 01.30.97.33.33

 

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé à la Clinique des Franciscaines. Pour **votre inscription vous avez 2 possibilités pour nous faire parvenir votre fiche de renseignements dûment complétée, accompagnée des documents demandés.**

* **Sur place**, au secrétariat, tous les jours **de 7h00 à 18h30** (sauf week-end et jours fériés).
* **Via le portail patient** [**www.ramsayservices.fr**](http://www.ramsayservices.fr)

Cette démarche d’inscription EST OBLIGATOIRE, celle-ci doit être réalisée RAPIDEMENT sans cette formalité aucune consultation d’anesthésie ne pourra avoir lieu**.**

# **FICHE DE RENSEIGNEMENTS - AMBULATOIRE**

Hospitalisation prévue le ……./……./……. à ………… Intervention prévue le ……./……./…….

Par le Docteur ………………………………………………………. Médecin traitant …………………………….

Nature de l’intervention ………………………………………..

## **PATIENT**

Nom :

Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

🖃Adresse domicile :

🕿Téléphone :

Mail :

Personne à prévenir :

## **ASSURE**

## Nom :

## Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

**N° de Sécurité Sociale** :

🖃 Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale ou autre mode de prise en charge:

Lors de votre séjour en Ambulatoire, vous serez installé dans une chambre, merci de nous informer du type de chambre souhaité.

Une chambre Multiple Une chambre particulière (**selon indications médicales**)

 (Forfait hôtelier de **39 €**) (Forfait hôtelier de **70** **€**)

🗐 **Joindre à cette fiche :** une copie de votre **Attestation de Sécurité Sociale** indiquant l’ouverture de vos droits ainsi qu’une copie de votre pièce d’identité et un chèque de 57 €. (Forfait 18 € + 39 € forfait hôtelier) pour la chambre seule un complément vous sera réclamé lors de l’envoi de votre facture.

**Pour les enfants mineurs**, joindre : - la photocopie du livret de famille

 - la photocopie des pièces d’identité du papa ET de la maman

 - le consentement éclairé signé des deux parents

**Remarque :** **PRISE EN CHARGE MUTUELLE** acceptée en cas de pré admission réalisée à J-3 de l’intervention. Dans les autres cas, remboursement par votre complémentaire santé sur présentation de facture acquittée.

Pour toute information complémentaire vous pouvez nous contacter sur notre site : <http://hopital-prive-de-versailles.ramsaygds.fr/> ou par mail : cdf-admissions@ramsaygds.fr

**La clinique décline toute responsabilité en cas de vol. Nous vous recommandons de ne pas venir avec des objets de valeur ou de l’argent durant votre séjour, de les déposer au coffre ou de les confier à votre entourage si vous devez quitter votre chambre.**