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 n’est pas facultative,  celle-ci doit être faite**

**DÈS VALIDATION DE LA DATE D’INTERVENTION avec votre chirurgien**

**quitter votre chambre.**

***Cette démarche d’inscription n’est pas facultative,  celle-ci doit être faite***

***DÈS VALIDATION DE LA DATE D’INTERVENTION avec votre chirurgien***

# **FICHE DE RENSEIGNEMENTS - HOSPITALISATION**

🖋 Veuillez remplir cette fiche en **lettres CAPITALES**

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 : …………………………………………………

## **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:

…………...…………………….………………………………...

………………………………………………

Pour votre séjour, désirez-vous :

 - une chambre particulière ? OUI NON

 **125€ 140€ 170€**

-Chambre particulière. -Chambre particulière, Télévision, -Chambre particulière, télévision,

 Petit déjeuner plaisir, téléphone, petit déjeuner, Presse, set linge confort

 Wifi haut débit. trousse de bienvenue, téléphone, wifi HD

 lit accompagnant petit déjeuner/ repas.

 ,

**Joindre à cette fiche** une copie de votre **Attestation de Sécurité Sociale** indiquant l’ouverture de vos droits, ainsi que la **copie d’une pièce d’identité**.

**Renseignements complémentaires, si nécessaires :**

S’il s’agit de l’hospitalisation d’un enfant, indiquez son rang de naissance : …………….ème enfant

⮱ Si vous êtes adhérent d’une **Mutuelle**, la chambre particulière peut être prise en charge par celle-ci.

**En cas d’hospitalisation** il est donc impératif, que vous leur demandiez cette prise en charge et qu’elle soit reçue **le jour de votre entrée à la clinique.**

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.**