



# FICHE DE PRE-ADMISSION ADMINISTRATIVE MÉDECINE ET CHIRURGIE

19 Avenue Pierre Mendès France - CS 60502  
74105 ANNEMASSE CEDEX

Tél. : +33 (0)4 50 83 43 43

Fax : +33 (0)4 50 83 47 16

hpps.preadmission@ramsaygds.fr

www.hp-paysdesavoie.fr

**Avant votre hospitalisation, veuillez transmettre  
ce document rempli au service Pôle Accueil**

*(Une préadmission est obligatoire pour chaque séjour)*

Informations présentes sur la carte d'identité ou le passeport

*(\*champs obligatoires)*

NOM de naissance\* : ..... PRÉNOM\* : .....

NOM marital : .....

Entrée prévue le : ..... à .....

Nom du praticien\* : ..... Service : .....

Nom du médecin traitant\* : .....

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

CLIMCO  Oui  Non

ALD  Oui  Non

CPD  Oui  Non

Méd. TT  Oui  Non

GIP  Oui  Non

PEC Faxée  Oui  Non

PEC Reçue  Oui  Non

IDENTITÉ VÉRIFIÉE  Oui  Non

Par :  Carte d'identité

Passeport

Livret de famille

## PIÈCES À FOURNIR

*Pour effectuer votre dossier administratif*

- Carte vitale à jour ou attestation

- Devis du praticien

- Chèque de provision

- Pièce d'identité

- Carte mutuelle

- Accord de prise en charge mutuelle

## IDENTITÉ PATIENT - sur la carte d'identité ou sur le passeport

Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Nom marital : .....  
Né(e) le : ..... à .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code Postal : ..... Tél. : .....  
Adresse email\* : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

(\*champs obligatoires)

## ASSURÉ - si différent du patient

Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Nom marital : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code Postal : ..... Tél. : .....  
Né(e) le : ..... à .....

## ASSURANCE MALADIE / SÉCURITE SOCIALE

N°S.S. : .....  
Caisse : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code Postal : .....

## COMPLÉMENTAIRE SANTÉ / MUTUELLE

Mutuelle : .....  
N° contrat : .....  
N° d'affiliation / adhérent : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code Postal : .....  
Accompagnant  Oui  Non

## PERSONNES A PRÉVENIR - Obligatoire

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....  
Nom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....

Le patient est-il sous tutelle :  Oui  Non  
Coordonnées du Tuteur :

Le patient est-il sous curatelle :  Oui  Non  
Coordonnées du Curateur :

=> Selon la disponibilité de l'établissement le jour de votre entrée

=> Afin de connaître votre taux de remboursement, veuillez-vous rapprocher de votre complémentaire santé. Pour votre hospitalisation complète (*minimum une nuit*), découvrez nos prestations SOLO :

### FORFAITS

**SOLO - 90 euro par jour**

- ▶ Chambre individuelle

**SOLO PLUS - 110 euro par jour**

- ▶ Chambre individuelle
- ▶ Télévision
- ▶ Wifi
- ▶ Ouverture de la ligne téléphonique
- ▶ Petit-déjeuner Plaisir

**SOLO CONFORT - 150 euro par jour**

- ▶ Chambre individuelle
- ▶ Télévision
- ▶ Wifi
- ▶ Ouverture de la ligne téléphonique
- ▶ Petit-déjeuner Plaisir
- ▶ Pour la nuit de votre accompagnant : un dîner Plaisir, lit d'appoint avec petit-déjeuner Plaisir, un ticket de sortie de parking

**SOLO GRAND CONFORT - 190 euro par jour**

- ▶ Chambre individuelle
- ▶ Télévision
- ▶ Wifi
- ▶ Ouverture de la ligne téléphonique
- ▶ Tous les repas en formule Plaisir
- ▶ Set de linge confort
- ▶ Presse
- ▶ Pour la nuit de votre accompagnant : un dîner Plaisir, lit d'appoint avec petit-déjeuner Plaisir, un ticket de sortie de parking

### PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES « À LA CARTE »

**FORFAIT TV - 8 euro** par jour

**PETIT-DÉJEUNER PLAISIR - 8 euro** par petit-déjeuner, par personne

**REPAS PLAISIR (Déjeuner ou Dîner) - 20 euro** par repas, par personne

**WIFI - 5 euro** par jour (possibilité de règlement par CB en chambre)

**OUVERTURE DE LIGNE DE TÉLÉPHONE - 0.5 euro** par jour (communications en sus)

**FORFAIT ACCOMPAGNANT - 30 euro** par jour (lit d'appoint avec petit-déjeuner Plaisir, un ticket de sortie de parking) | **disponible en chambre individuelle uniquement**

**STUDIO FAMILLE - 45 euro** par jour pour **deux personnes** (lit double avec petits déjeuners et dîners standard, un ticket de sortie de parking, la télévision)

**Le supplément chambre individuelle est facturable du jour de l'entrée au jour de sortie inclus.**

## HOSPITALISATION SUITE À UN ACCIDENT

S'agit-il d'un accident : du travail ?

Oui

Non

: de la vie ?

Oui

Non

Si OUI, date de l'accident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de rechute : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse de l'employeur : .....

Quelle est la caisse qui gère l'accident du travail ?.....

S'agit-il d'un accident causé par un tiers ?

Oui

Non

Date de l'accident : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ENGAGEMENT DU PATIENT HOSPITALISÉ

Ces frais que j'engage de moi-même, à l'occasion de mon séjour dans l'établissement sont payables lors de la sortie. Tous les coûts qui devront éventuellement être engagés par l'établissement à des fins d'actions de recouvrement de ma créance seront à ma charge.

Je m'engage à verser lors de mon entrée dans l'établissement une provision de ..... EURO et renouvelable selon la durée de mon séjour (cf. Article R6145-4 du code de la Santé Publique).

**A défaut de paiement le jour de la sortie, ce chèque sera automatiquement encaissé par l'établissement.**

Certains praticiens de l'Hôpital Privé Pays de Savoie sont en secteur 2 (Chirurgiens, Anesthésistes, Médecins, Cardiologues, Radiologues...) et sont donc habilités à facturer des dépassements d'honoraires.

### PRISE EN CHARGE

➤ Pour les patients n'ayant aucun justificatif d'affiliation à une caisse maladie : une provision vous sera réclamée lors de votre entrée, celle-ci vous sera rendue uniquement lorsque nous recevrons les documents à jour et le remboursement de vos frais. Dans le cas contraire, le chèque sera encaissé.

### INFORMATIONS SUR LES PRESTATIONS

➤ Les forfaits constituent des offres tarifaires spécifiques, comprenant un nombre défini de prestations sur une période donnée : toute prestation non consommée ou non utilisée, ne justifiera aucun remboursement de la part de l'établissement (les repas et régimes alimentaires sont établis en fonction de votre pathologie et état de santé)

➤ Coût des appels téléphoniques : si vous choisissez l'option « ouverture de ligne de téléphone », vos correspondants pourront vous appeler sur un numéro direct en +33 (0)4 50... qui vous sera communiqué lors de l'ouverture de ligne.

### VOUS ETES ACCOMPAGNE (E)

➤ Si un accompagnant réside à vos côtés, il lui est demandé d'avoir, à toute heure du jour ou de la nuit, une tenue vestimentaire correcte et décente

➤ Le lit accompagnant doit être fait et plié avant 9h00 chaque matin

➤ Votre accompagnant ou vos visiteurs doivent sortir de la chambre lorsque les soins vous sont prodigués

DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

SIGNATURE DU PATIENT

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »