



# FICHE DE PRÉ-ADMISSION ADMINISTRATIVE MATERNITÉ

19 Avenue Pierre Mendès France - CS 60502  
74105 ANNEMASSE CEDEX

Tél. : +33 (0)826 3000 74

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

[hpps.preadmission@ramsaygds.fr](mailto:hpps.preadmission@ramsaygds.fr)

[www.hp-paysdesavoie.fr](http://www.hp-paysdesavoie.fr)

**Avant votre accouchement, 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 : .....

Terme prévu le : .....

Nom de l'obstétricien\* : ..... Service .....

Nom du médecin traitant\* : .....

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

<b>CLIMCO</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>ALD</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>CPD</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Méd. TT</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>GIP</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>PEC Faxée</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>PEC Reçue</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>IDENTITÉ VÉRIFIÉE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Par :</b>	<b>Carte d'identité</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Passeport</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Livret de famille</b>	<input type="checkbox"/>

## 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 PATIENTE - sur la carte d'identité ou sur le passeport

Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Nom marital : .....  
Née 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 / SÉCURITÉ 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. : .....

## PRESTATIONS HÔTELIÈRES

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

<b>SOLO</b>	<b>90 EURO / JOUR</b>	<input type="checkbox"/>
♦ Chambre individuelle		

<b>SOLO CONFORT</b>	<b>190 EURO / JOUR</b>	<input type="checkbox"/>
♦ Chambre individuelle		
♦ Télévision		
♦ Wifi		
♦ Ouverture de la ligne téléphonique		
♦ Petit-déjeuner, Déjeuner et Dîner Plaisir		
♦ Set de linge confort		
♦ Presse		
♦ Pour votre accompagnant : lit, petit-déjeuner et dîner Plaisir, un ticket de sortie de parking		

<b>SOLO PLUS</b>	<b>110 EURO / JOUR</b>	<input type="checkbox"/>
♦ Chambre individuelle		
♦ Télévision		
♦ Wifi		
♦ Ouverture de la ligne téléphonique		
♦ Petit-déjeuner Plaisir		

**PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES PATIENT DISPONIBLES EN CHAMBRE DOUBLE OU INDIVIDUELLE**

découvrez nos prestations SOLO :

- Forfait TV** 8 EURO / jour
- Petit Déjeuner Plaisir** 8 EURO / repas
- Déjeuner Plaisir** 20 EURO / repas
- Dîner Plaisir** 20 EURO / repas
- Wifi** 5 EURO / jour  
*(possibilité de règlement par CB en chambre)*
- Ouverture de ligne téléphone** 0.5 EURO / jour  
*(communications téléphoniques en sus, selon consommation)*

**PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES ACCOMPAGNANT**

- Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir + 1 ticket de sortie parking 30 EURO / jour
  - ♦ *Uniquement réservable en chambre individuelle*
  - ♦ *Pour tout ticket de parking non échangé et non réclamé le jour même, aucun remboursement ne sera pris en compte par l'établissement*
- Repas Plaisir (déjeuner ou dîner) 20 EURO / repas / jour
- Studio famille pour 2 personnes 45 EURO / jour
  - ♦ *Incluant petit-déjeuner et dîner standard pour les deux personnes, un ticket de sortie de parking par jour et la télévision*

**RENSEIGNEMENTS DIVERS**

La patiente est-elle sous tutelle :  Oui  Non

Coordonnées du Tuteur :

---

La patiente est-elle sous curatelle :  Oui  Non  
Coordonnées du Curateur :

## 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...) 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.

➤ Coût des appels téléphoniques : si vous choisissez l'option « ouverture de ligne de téléphone », vos correspondants appelleront le +33 (0) 826 30 00 74 pour vous joindre. Le coût de l'appel leur sera facturé 0.15 € TTC / minute depuis un fixe ou un mobile.

### VOUS ÊTES ACCOMPAGNÉE

➤ 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

### NAISSANCE DE VOTRE ENFANT

➤ Un ticket pour une sortie de parking vous est offert pour la naissance de votre enfant, il vous sera remis lors de votre admission au moment de la création de votre dossier d'entrée. Vous pourrez utiliser votre ticket de parking offert à votre convenance durant votre séjour.

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

SIGNATURE DE LA PATIENTE

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »