



FICHE DE PRÉ-ADMISSION ADMINISTRATIVE MÉDECINE ET CHIRURGIE

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

PIÈCES À FOURNIR <i>Pour effectuer votre dossier administratif</i>
- 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 :

PRESTATIONS HÔTELIÈRES

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

=> Afin de connaître votre taux de remboursement, veuillez-vous rapprocher de votre

SOLO	90 EURO / JOUR	<input type="checkbox"/>	SOLO CONFORT	190 EURO / JOUR	<input type="checkbox"/>
◆	Chambre individuelle		◆	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	

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES PATIENT DISPONIBLES EN CHAMBRE DOUBLE OU INDIVIDUELLE

- 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*

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 recevons 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 ACCOMPAGNÉ (É)

➤ 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 »