

# FICHE DE PRE-ADMISSION ADMINISTRATIVE HOSPITALISATION DE JOUR

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	<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
- Déclaration de l'accident
- 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 / 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. : .....

Le patient est-il sous tutelle :  Oui  Non

Coordonnées du Tuteur :

Le patient est-il sous curatelle :  Oui  Non

Coordonnées du Curateur :

## PRESTATIONS HÔTELIÈRES

=> Tout souhait de **chambre particulière** (forfait particulier ambulatoire ou forfait confort ambulatoire) doit être signifié au moment de votre **préadmission**. En fonction du circuit dans lequel vous serez opéré (court, long ou rapide selon votre pathologie), vous pourrez ainsi bénéficier d'un espace privé durant votre journée d'hospitalisation (soumis à disponibilité).

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

### Pack journalier

12 EURO / JOUR

- ◆ Forfait TV
- ◆ Wifi
- ◆ Collation

### Forfait particulier ambulatoire

45 EURO / JOUR

- ◆ Box ambulatoire
- ◆ Forfait TV
- ◆ Wifi
- ◆ Collation

### Forfait confort ambulatoire

65 EURO / JOUR

- ◆ Chambre particulière
- ◆ Forfait TV
- ◆ Wifi
- ◆ Collation

### Prestations « à la carte »

- Forfait TV - 8 euro par jour
- Wifi (possibilité de règlement en CB en chambre) - 5 euro par jour
- Collation - 6 euro par jour

La veille de votre hospitalisation, vous recevrez un SMS afin de vous confirmer l'heure réelle de votre admission.

Merci de bien vouloir nous indiquer un numéro de portable ou nous pouvons vous joindre. Numéro de portable OBLIGATOIRE : .....

## 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.

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

SIGNATURE DU PATIENT

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »