

II - Dossier de pré-admission Hospitalisation



ATTENTION

CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE EN TOTALITE ET REMIS AU SECRETARIAT D'ANESTHESIE LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE, OU PAR EMAIL

ADMHOSPI@RAMSAYGDS.FR

SI LA DOCUMENTATION EST INCOMPLETE OU EN L'ABSENCE DES PIECES JUSTIFICATIVES, VOTRE INTERVENTION POURRA ETRE REPORTEE

1 Identification du patient

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE : | | | | |

ADRESSE :

.....

N° de Téléphone : Domicile : | | | | |

Portable : | | | | |

Autre : | | | | |

ADRESSE E-MAIL : |@..... |

NOM DU CHIRURGIEN : DATE D'ENTREE :

2 Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- Une photocopie recto de votre **Carte d'Identité**
- Une photocopie de votre **attestation Carte Vitale** avec vos droits à jour
- Une photocopie recto-verso de votre **carte de mutuelle**

CAS PARTICULIERS (pièces complémentaires à joindre) :

- Accident de travail** : Joindre la photocopie du volet 1 de votre triptyque A.T.
- Couverture Maladie Universelle** : Joindre la photocopie de votre attestation avec vos droits à jour.
Attestation disponible à n'importe quel guichet de Sécurité Sociale.
- Aide médicale** : Joindre la photocopie de votre attestation avec vos droits à jour

3 Caisse d'assurance maladie

N° DE SECURITE SOCIALE : | | | | | | | | | | | | N° DU CENTRE :

ADRESSE :

BENEFICIEZ-VOUS : d'une ALD d'un 100%

IDENTIFICATION DE L'ASSURE (SI DIFFERENT DU PATIENT)

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE : | | | | | | | |

ADRESSE :

N° DE TELEPHONE : Domicile : | | | | | | | |

Portable : | | | | | | | |

Autre : | | | | | | | |

LIEN DE PARENTE AVEC LE PATIENT (cocher la mention utile) : Conjoint Parent Autre

4 Mutuelle

NOM DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE :

ADRESSE :

TELEPHONE : | | | | | | | |

N° D'ADHERENT :

5 Cas particuliers

ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE DE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL : | | | | | | | | RECHUTE LE : | | | | | | | |

DATE DE VOTRE MALADIE PROFESSIONNELLE : | | | | | | | |

EMPLOYEUR :

COORDONNEES DE L'ORGANISME QUI COUVRE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL :

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS (*)

DATE : | | | | | | | |

(*) Exemples : Accidents de la circulation, scolaire, sportif, de la voie publique,...

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

AIDE MEDICALE

6 Conditions d'admissions

Je soussigné(e) **NOM** : **PRENOM** :

déclare avoir pris connaissance de la section « Prise en charge » du livret d'accueil.

Sélectionne mon offre Solo et Restauration ci-dessous (sous réserve de disponibilité) :

		Chambres particulières					
		<input type="checkbox"/> Chambre double inclus	<input type="checkbox"/> Chambre Solo 90€	<input type="checkbox"/> Chambre Solo Plus 130€	<input type="checkbox"/> Chambre Solo Plus avec SDB 190€	<input type="checkbox"/> Chambre Solo Confort 350€	<input type="checkbox"/> Suite Solo Confort 590€
Aménagement & Sanitaires	Chambre particulière		✓	✓	✓	✓	✓
	Lavabo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Toilettes	✓		✓	✓	✓	✓
	Salle de douche privative				✓	✓	✓
	Coffre et Minibar				✓	✓	✓
	Coin salon					✓	✓
	Chambre accompagnant						✓
Services Hôteliers	Petit-déjeuner Plaisir	Option (8€)		✓	✓	✓	✓
	Déjeuner et dîner Plaisir	Option (20€)				✓	✓
	Linge Confort & Trousse de Bienvenue Clarins ou Azzaro					✓	✓
	Pack nuit Accompagnant : lit et petit déjeuner Plaisir			Option (70€/nuit)		✓	✓
	Repas Accompagnant : 1 Repas Plaisir	Option (20€)				✓	✓
Multimedia	Télévision	Option (9€)		✓	✓	✓	✓
	Wifi	Option (selon durée)		✓	✓	✓	✓
	Ligne téléphonique	Option (5€)		✓	✓	✓	✓
	Presse journalière au choix*	Option (selon sélection)				✓	✓

*1 quotidien par jour ou un magazine pour le séjour

M'engage à régler directement à la Clinique du Sport les frais d'hospitalisation et les suppléments.

M'engage à déposer un chèque de caution de la valeur de la prise en charge si les droits à la sécurité sociale sont en cours d'ouverture.

Donne mandat à la Clinique du Sport d'acquiescer pour mon compte ou celui de :

.....

les prothèses éventuellement nécessitées par l'intervention chirurgicale qui doit être pratiquée. Par prothèse, il convient d'entendre toute plaque, vis, ligament synthétique, implants ou autres matériels dont le chirurgien aurait l'usage au cours de l'intervention. Ces matériels sont en général pris en charge par la Sécurité Sociale.

Fait à Paris, le

Signature :

7

Dépassement d'honoraires

NOM : **PRENOM** :

Au cours de la consultation préalable à mon hospitalisation dans votre établissement, j'ai été informé (e) que les honoraires des praticiens étaient supérieurs aux tarifs conventionnés, comme l'autorise la convention « secteur II » de la sécurité sociale.

Ces dépassements d'honoraires sont des actes conventionnels reconnus par la sécurité sociale qui, bien que n'en assurant pas le remboursement, en a connaissance ainsi que les services fiscaux.

Il m'appartient de me renseigner auprès de votre mutuelle des conditions de remboursement.

Le code CCAM de l'intervention est

Le dépassement d'honoraires du chirurgien Dr s'élève à Euros

Le dépassement d'honoraires de l'anesthésiste Dr s'élève à Euros

(Praticiens non signataires du CAS ; contrat d'accès aux soins)

Ces honoraires seront à ma charge et je réglerai l'intégralité de cette somme le jour de ma sortie*

Fait à Paris, le

Signature du patient

Signature du praticien

*Pour tout règlement par chèque, celui-ci devra être établi à l'ordre du praticien