

☎ 03.20.99.41.41



Comment effectuer vos démarches ?
SIMPLE ET RAPIDE
 ✓ www.ramsayservices.fr
 • Ou au guichet d'HPVA
 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Les documents à prévoir :
 • Pièce d'identité et /ou livret de famille (obligatoire pour les enfants)
 • Carte vitale ou attestation CMU, ACS, AME
 • Carte mutuelle (N° FINESS 590782553)
 • Attestation de la déclaration d'accident de travail

Nom du médecin ou du chirurgien :
 Date et heure d'entrée prévues :

Décision hospitalisation en date du :
 hospitalisation ambulatoire soins externes

PATIENT(E) DONNÉES FIGURANT SUR LA PIÈCE D'IDENTITÉ	
Nom de naissance	
Prénom	
Date de naissance	
Nom Marital	
Adresse	
Tel. Fixe	
Tel. Portable	<small>obligatoire pour confirmer l'heure de votre entrée</small>
Mail (obligatoire)	
Médecin traitant (nom et adresse)	

Pour information mutuelle codes DMT :
 chirurgie/césarienne : 181 – médecine : 174 – maternité : 165

ASSURE(E) SOCIAL(E) (SI DIFFÉRENT DU PATIENT)	
Nom	
Marital et Prénom	
Nom de naissance	
Date de naissance	
Adresse	

PERSONNE A PRÉVENIR	
Nom et Prénom	
Adresse	
Lien de parenté	
Tel. Fixe	
Tel. Portable	

SÉCURITÉ SOCIALE / MUTUELLE	
N° de Sécurité sociale	
Organisme Sécurité sociale	
Nom de la mutuelle	

S'agit-il d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle? Oui Non
 Dans le cas d'une réponse positive, veuillez joindre votre feuille de soins AT (Triptyque volets 1-2-3 remis par votre employeur)

VOTRE SEJOUR A LA CARTE

Nous vous rappelons qu'une provision vous sera demandée lors de votre entrée et encaissable en cas de non règlement à la sortie, **Durant votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier des prestations hôtelières suivantes sous réserve de disponibilité des chambres et des prestations repas sous réserve de contre-indication médicale (tarifs TTC 01/2018) – merci de cocher la formule choisie**

HOSPITALISATION	AMBULATOIRE (séjour SANS nuit)
SOLO CONFORT à 180 €/ jour <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> 3 repas PLAISIR servis en chambre/jour Peignoir, serviette et Trousse Clarins ou Azzaro Presse Lit et petit déjeuner accompagnant 1 repas accompagnant/jour 	CHAMBRE INDIVIDUELLE GOURMET PLUS à 129€ <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> Cabinet de toilette TV, wifi Le journal du jour Trousse Clarins ou Azzaro LUNCH gourmet patient (<input type="checkbox"/>sucré ou <input type="checkbox"/>salé) LUNCH gourmet accompagnant (<input type="checkbox"/>sucré ou <input type="checkbox"/>salé)
SOLO PLUS à 99 €/ jour <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> Petit déjeuner Plaisir TV et WIFI en illimité Téléphone (hors communication) – appels sortants facturés 	CHAMBRE INDIVIDUELLE GOURMET à 99€ <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> Cabinet de toilette Trousse détente TV, wifi LUNCH (<input type="checkbox"/>sucré ou <input type="checkbox"/>salé)
SOLO à 85 €/ jour <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> Votre chambre privative - Une équipe dédiée à votre confort Votre espace privatif pour recevoir des visites 	CHAMBRE INDIVIDUELLE à 69€ <input type="radio"/> <ul style="list-style-type: none"> Cabinet de toilette, TV Collation Pause Energie
CHAMBRE PARTAGEE <input type="radio"/>	CHAMBRE PARTAGEE à 38€ <input type="radio"/> (choix unique pour les patients de STOMATO – OPHTALMO – CIRCUIT COURT GASTRO) <ul style="list-style-type: none"> Collation Pause Energie TV

OPTIONS HOTELLIERES - HOSPITALISATION

<input type="radio"/> Forfait TV (uniquement pour la chambre SOLO)	9€/jour
<input type="radio"/> TV Chambre double	4,50€/jour
<input type="radio"/> Téléphone (hors communication)	6€/séjour
<input type="radio"/> TV + téléphone + WiFi	12€/jour
<input type="radio"/> Repas accompagnant plaisir	20€
<input type="radio"/> Nuit et petit déjeuner accompagnant plaisir (pour les enfants de moins de 3 ans, la nuit et le petit déjeuner sont offerts à l'accompagnant)	22€
<input type="radio"/> WIFI	2.50€ / 2h - 6€ par jour

FORFAIT JOURNALIER 20 €/jour Forfait sur acte supérieur ou égal à 120 € Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire)

A _____, le _____

Signature