

Madame, Monsieur,

Votre praticien vous a orienté vers notre établissement pour une hospitalisation. Cette hospitalisation sera réalisée soit en structure ambulatoire, soit en hospitalisation complète.

Lors de votre consultation chez le praticien, il vous a été remis plusieurs documents à compléter. Ces documents sont nécessaires afin d'optimiser votre prise en charge et de simplifier au maximum vos démarches administratives auprès de notre établissement.

Il est donc très important pour vous de nous retourner **la fiche de pré admission au plus tôt et idéalement au plus tard 10 jours avant la date d'entrée** dument complétée accompagnée de la copie des documents suivants:

- Carte d'identité ou passeport
- Carte vitale et ou attestation de la sécurité sociale
- Carte de mutuelle ou d'assurance privée et/ou prise en charge
- Carnet de soins pour les bénéficiaires de l'article 115
- Attestation de la déclaration d'accident de travail délivrée par l'employeur
- Notification de CMU/AME/ACS

Pour les enfants mineurs :

- Carte d'identité de l'enfant et des deux parents
- Livret de famille
- Autorisation d'opérer signée des deux parents ou la personne responsable

Les documents doivent être déposés directement au service de pré admission ou envoyés par courrier :



**Hôpital Privé Clairval (centre médical)**  
**Service des préadmissions**  
**317, Boulevard du Redon CS 30149 13273 Marseille cedex 9**  
*(Du lundi au vendredi de 9h à 17h ou dans la boîte aux lettres)*



Ou envoyés par email :



**[clv.preadmissions@ramsaygds.fr](mailto:clv.preadmissions@ramsaygds.fr)**

Ou par fax : **04.91.17.11.51**

Prévoyez pour le jour de votre admission un **moyen de paiement** :



Carte Bancaire

[www.ciradobdps.net](http://www.ciradobdps.net)



Ou

HUM MIL OU HUM MIL  
QUALE O CERTO?

Chèque



Ou

Espèces



**Objets de valeur** : Par mesure de sécurité, nous vous demandons de n'apporter aucun objet de valeur. Vous avez cependant la possibilité de les déposer dans un coffre.

Notre établissement se dégage de toute responsabilité concernant vos effets personnels que vous conserverez dans votre chambre.

**Une pré admission complète permet de réduire votre temps d'attente le jour de votre entrée et de vous donner une information anticipée sur les conditions et modalités de votre prise en charge.**

Toutes les équipes de l'Hôpital Privé Clairval vous en remercie par avance.

## FORMULAIRE DE PRE ADMISSION

**A compléter et à nous retourner accompagné des copies des documents demandés**

### PATIENT

Nom : .....

Nom de Jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail : .....@ .....

: ...../...../...../...../..... : ...../...../...../...../.....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

### ASSURE

A remplir si l'assuré n'est pas le patient

Nom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

: ...../...../...../...../..... : ...../...../...../...../.....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

### CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° SS : ...../...../...../...../...../..... Clé : .....

Caisse : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

CMU :  oui  non

### MUTUELLE

Mutuelle : .....

N° Adhérent : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

: ...../...../...../...../.....

### HOSPITALISATION COMPLETE

### AMBULATOIRE

Nom du médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale : .....

Nom du Chirurgien : ..... DP\* montant : ..... €

Date d'entrée prévue le : ...../...../..... Intervention prévue : ...../...../.....

\*Dépassement d'honoraires

### Personne à prévenir :

Nom : ..... Prénom : .....

Parenté : .....

: ...../...../...../...../..... : ...../...../...../...../.....

## Souhait d'hébergement (à cocher)

En chambre double

En chambre individuelle

**Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.**

### DES FORAITS CHAMBRE INDIVIDUELLE A VOTRE DISPOSITION

SOLO

#### CALME ET TRANQUILITE

- Votre chambre privative pour recevoir des visites

#### CHAMBRE SOLO

88 € par jour

SOLO PLUS

#### LES ATOUTS DE SOLO, AVEC DES PETITS PLUS

- Petit déjeuner Plaisir<sup>1</sup>
- Télévision et Wifi en illimité
- Téléphone (hors communications)

#### CHAMBRE SOLO PLUS

99 € par jour

SOLO CONFORT

#### LES ATOUTS DE SOLO PLUS, ET BIEN PLUS ENCORE

- ☞ Accueil personnalisé
- ☞ PDJ, déjeuner et dîner Plaisir servis en chambre chaque jour<sup>1</sup>
- ☞ Formule accompagnant chaque jour : fauteuil - lit, PDJ et dîner Plaisir
- ☞ Peignoir, serviettes et produits de beauté
- ☞ Presse au choix : un journal par jour ou un magazine par semaine

#### CHAMBRE SOLO

#### CONFORT

190 € par jour

<sup>1</sup> Les repas sont servis sous réserve de non contre-indication médicale.

### VOS OPTIONS A LA CARTE POUR CHAMBRE DOUBLE (cochez):

- Télévision  
 Téléphone

7 € par jour  
Gratuit (Ouverture de ligne)  
+ 0.21€/unité téléphonique  
**Tarif en fonction de la durée**

- Wifi

#### VOS OPTIONS UNIQUEMENT EN CHAMBRE PARTICULIERE :

- Pack nuit accompagnant : fauteuil - lit et PDJ plaisir

25 € par nuit  
(Nb de nuit prévu :.....)

- Petit-déjeuner Plaisir

9 €

- Repas Plaisir

20 €

#### Pour tous les patients : Application de l'article n°174-4 du code de la sécurité sociale

- ☞ Le forfait journalier s'élève à 18 €\* et la participation assuré s'élève à 18 € par jour .
- ☞ Prévoir le jour de l'entrée 1 chèque de provision de 150 € (pour les chambres doubles) ou 400 € (pour les chambres particulières)

#### En cas de dépassement honoraires médicaux :

Merci de préciser le montant, le jour de votre entrée ou de votre sortie à la secrétaire du bureau des entrées.

#### Frais de séjour

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle, elle couvre tout ou partie de ces prestations. Vous pouvez faire la demande de prise en charge des frais hospitaliers auprès de votre mutuelle en Amont de votre séjour.

\*Les patients dont les soins relèvent d'une affection longue durée ou d'une invalidité ne sont pas exonérés du forfait journalier.

A Marseille le : ...../...../.....

Signature du patient :