

Date d'entrée :

Médecin :

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse mail: .....@.....

Informations pour la demande de prise en charge auprès de votre MUTUELLE :

N° FINESS Saint Amé : 590 816 310

Code DMT : CHIRURGIE : 181 / MEDECINE : 174 / MATERNITE : 165

Prise en charge mutuelle à envoyer au bureau des admissions :

par Fax : 03 27 71 17 23 ou

par mail : 59sam.administratif@ramsaygds .fr

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de prise en charge énoncées dans le livret d'accueil de l'établissement.
- Je m'engage à régler directement à l'établissement les frais d'hospitalisation (forfait journalier, ticket modérateur) déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers-payants, les suppléments divers choisis ci-dessus et tous les frais éventuellement engagés par l'établissement aux fins d'actions de recouvrement de sa créance.
- Je m'engage à donner lors de mon entrée dans l'établissement un chèque de provision de .....€, selon le devis établi par l'établissement.

**En cas d'hospitalisation complète, indiquez le choix de la chambre :**

(Votre choix de chambre sera respecté **SELON LES DISPONIBILITES DE L'ETABLISSEMENT**)

Je serai accompagné :  Oui  Non

En supplément

Inclus

Indisponible

Cochez la case de votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations	Chambre double 0 €	SOLO 75 €	SOLO Plus 99 €	SOLO Confort 170 €
Télévision (7€/jour) 6€ /jour à comper du 10ème jour Casque : 4€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wi-Fi (5€/jour) Tarifs dégressifs selon forfaits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Téléphone : forfait ouverture de ligne (6€/séjour) Communications: 0,15€/unité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Petit-déjeuner Plaisir (9€/jour) Sous réserve de contre-indication médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Déjeuner Plaisir (20€/jour) Sous réserve de contre-indication médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dîner Plaisir (20€/jour) Sous réserve de contre-indication médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lit accompagnant + Petit déjeuner Plaisir (30€/jour)	∅	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Repas accompagnant (20€/jour)	∅	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> (1repas/j)
Revue	∅	∅	∅	<input checked="" type="radio"/>
Trousse d'accueil (10€)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Kit linge (peignoir, chaussons, serviettes)	∅	∅	∅	<input checked="" type="radio"/>
Signature patient	Selon les disponibilités	Selon les disponibilités	Selon les disponibilités	Selon les disponibilités

Tarifs applicables au 01/04/2019

Date d'entrée :

Médecin :

Je soussigné(e) :

Informations pour la demande de prise en charge auprès de votre MUTUELLE :

N° FINESS Saint Amé : 590 816 310

Code DMT : CHIRURGIE : 181 / MEDECINE : 174 / MATERNITE : 165

Prise en charge mutuelle à envoyer au bureau des admissions :

par Fax : 03 27 71 17 23 ou

par mail : 59sam.administratif@ramsaygds.fr

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse mail: .....@.....

Déclare avoir pris connaissance des modalités de prise en charge énoncées dans le livret d'accueil de l'établissement.

Je m'engage à régler directement à l'établissement les frais d'hospitalisation (forfait journalier, ticket modérateur) déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers-payants, les suppléments divers choisis ci-dessus et tous les frais éventuellement engagés par l'établissement aux fins d'actions de recouvrement de sa créance.

Merci d'indiquer le choix de la chambre :

(Votre choix de chambre sera respecté **SELON LES DISPONIBILITES DE L'ETABLISSEMENT** )

En supplément

Inklus

Indisponible

Cochez la case de votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations	Chambre ambulatoire	BULLE Plus	BULLE Confort
	25 €	64 €	84 €
Chambre Individuelle	∅	●	●
Télévision (7€/jour) Casque : 4€	●	●	●
Wi-Fi (5€/jour)	●	●	●
Presse du jour	∅	∅	●
Trousse d'accueil (10€)	○	○	●
Collation ambulatoire	●	●	●
Lunch Accompagnant	∅	∅	●

Signature patient	Selon les disponibilités	Selon les disponibilités	Selon les disponibilités