

VOTRE PRÉ ADMISSION

Clinique Monticelli-Vélodrome

8-10 allée Marcel Leclerc
13008 Marseille
Tél. : 04 91 16 22 22
Fax : 04 91 17 13 71
<https://clinique-monticelli-marseille.ramsaysante.fr/>

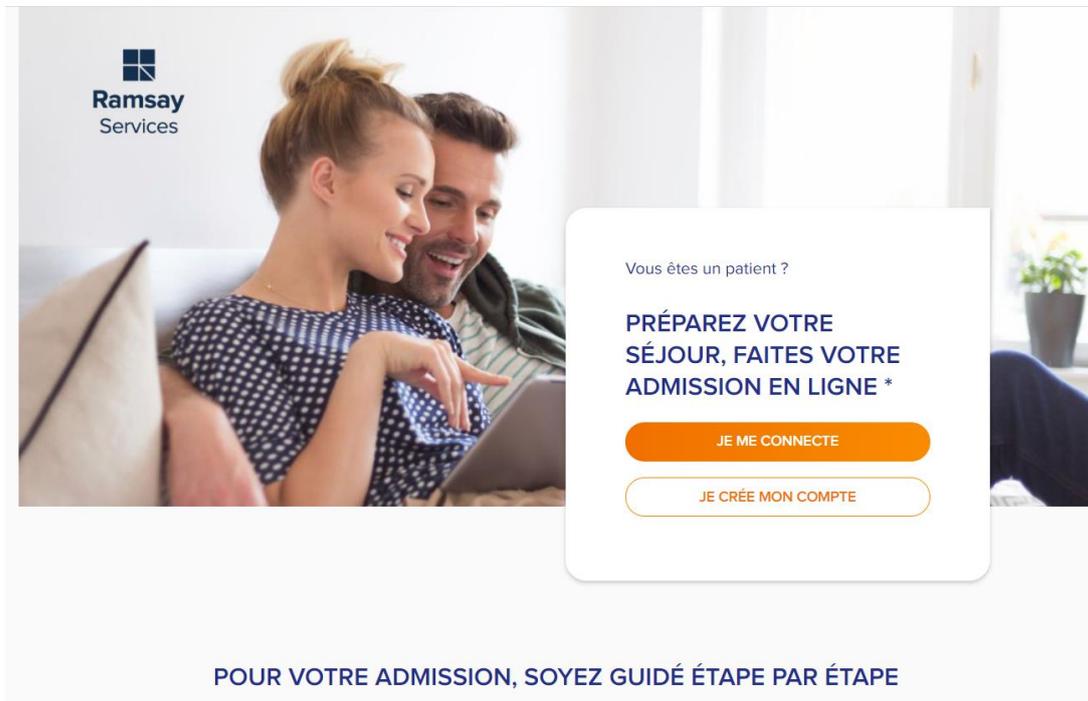
Madame, Monsieur,

Votre praticien vous a orienté vers notre établissement pour une hospitalisation. Cette hospitalisation sera réalisée en ambulatoire ou 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 simplifier vos démarches administratives** auprès de notre établissement.

Pour cela, **une plateforme d'enregistrement en ligne** est à votre disposition. Deux moyens pour y accéder :

- En vous rendant directement sur le site web : www.ramsayservices.fr
- En scannant le QR code ci-dessous



Vous êtes un patient ?

**PRÉPAREZ VOTRE
SÉJOUR, FAITES VOTRE
ADMISSION EN LIGNE ***

JE ME CONNECTE

JE CRÉE MON COMPTE

POUR VOTRE ADMISSION, SOYEZ GUIDÉ ÉTAPE PAR ÉTAPE

Si vous n'utilisez pas le portail patient merci de nous retourner [le questionnaire de pré admission au plus tôt et idéalement au plus tard 10 jours avant la date d'entrée](#) dûment complété et accompagné de la copie des documents suivants :

- Pièce d'identité (carte d'identité, passeport)
- Carte vitale et/ou attestation de la sécurité sociale
- Cartes de mutuelles ou d'assurances privées à jour recto/verso

Pour les personnes concernées :

- Attestation article 115
- Attestation de la déclaration d'accident de travail délivrée par l'employeur
- Notification de AME/C2S

En complément :

Si la prise en charge concerne un mineur :

- Carte d'identité d'une personne ayant l'autorité parentale
- Document attestant de l'autorité parentale (livret de famille ou jugement spécifiant l'autorité parentale)

Le jour de l'hospitalisation vous devrez présenter :

- Le formulaire « Autorisation d'hospitalisation d'un mineur » signé par un des titulaires de l'autorité parentale. En cas d'opération, ce document ne remplace pas le formulaire d'autorisation d'opérer un mineur remis par le praticien, pour lequel le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale est requis.
- Le carnet de santé de l'enfant

Si la prise en charge concerne un majeur sous protection juridique

- Jugement de mise sous tutelle ou de curatelle

Le Jour de l'hospitalisation vous devrez présenter :

- Le formulaire « Autorisation d'hospitalisation d'un majeur sous tutelle » signé par le tuteur

NB : Sans justificatif d'identité le jour de l'entrée, vous ne pourrez pas être pris en charge. Veuillez penser à apporter les documents listés dans le livret d'accueil.



Les documents doivent être transmis par email :

preadmission-cmv@ramsaygds.fr



Ou déposés directement au service de préadmission ou envoyés par courrier :
Clinique monticelli –Vélodrome 8-10 allée Marcel Leclerc 13008 marseille
(Du lundi au Vendredi de 9h00 à 17h00 ou dans la boîte aux lettres)



Ou par fax :
04.91.17.13.71

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



Carte Bancaire



ou Chèque



ou Espèces



Objets de valeur (bijoux, tablette,...): Par mesure de sécurité, nous vous demandons de n'apporter aucun objet de valeur. Vous aurez cependant la possibilité de les déposer dans un coffre aux dimensions restreintes.

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

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

QUESTIONNAIRE DE PRÉ ADMISION

A compléter et retourner accompagné des copies des documents demandés

PATIENT	ASSURÉ
Nom : Nom de naissance: Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Mail : @  : / / /  : / / / Né le : À :	A remplir si l'assuré n'est pas le patient Nom de naissance: Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Mail : @  : / / /  : / / / Né le : À :
CAISSE D'ASSURANCE MALADIE	
N° SS : / / / / / Clé : Caisse : Adresse : Code Postal : Ville :	
AME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non C2S : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MUTUELLE N°1	MUTUELLE N°2
Nom mutuelle : N° Adhérent : Adresse : Code Postal : Ville :  : / / / /	Nom mutuelle : N° Adhérent : Adresse : Code Postal : Ville :  : / / / /
HOSPITALISATION COMPLÈTE <input type="checkbox"/> HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE <input type="checkbox"/>	
Nom du médecin traitant déclaré à la Sécurité Sociale : Pas de médecin traitant déclaré : <input type="checkbox"/>	
Nom du Chirurgien..... Date d'entrée prévue le : / /	DH* montant : € Intervention prévue le : / /
<i>*Dépassement d'honoraires le cas échéant.</i>	

Personnes à prévenir :

Nom : Prénom :

Parenté

 :  :

Nom : Prénom :

Parenté

 :  :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

S'agit-il d'un accident du travail ?

Oui Non

Si oui, date de l'accident :/...../.....

Date de rechute :/...../.....

Quelle est la caisse qui gère l'accident du travail ?

S'agit-il d'un accident causé par un Tiers ?

Oui Non

Si oui, date de l'accident :/...../.....

Le patient est-il sous tutelle ?

Oui Non

Coordonnées du tuteur :

Le patient est-il sous curatelle ?

Oui Non

Coordonnées du curateur :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

- Le forfait journalier s'élève à 20 €* et la participation assuré s'élève à 24 €.

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

Information :

Tous les praticiens sont conventionnés avec la Sécurité Sociale.

Un certain nombre d'entre eux sont conventionnés avec honoraires libres (secteur 2 de la convention).

Le praticien pourra vous demander des suppléments d'honoraires qui ne seront pas remboursés par votre caisse de Sécurité Sociale.

Ils peuvent être pris en charge par les organismes complémentaires (assurances ou mutuelles).

Merci de préciser le montant des dépassements d'honoraires, le jour de votre entrée (copie du devis).

Frais de séjour :

Il est conseillé de se renseigner auprès de sa mutuelle, elle couvre tout ou partie de ces prestations. Le patient peut faire la demande de prise en charge des frais hospitaliers auprès de sa mutuelle en amont de son séjour.

Paiement des frais de séjour :

Les frais engagés par le patient à l'occasion de son séjour dans l'établissement sont payables lors de la sortie.

Tous les frais éventuellement engagés par la clinique aux fins d'actions de recouvrement de la créance à l'égard du patient seront à sa charge.

Le patient s'engage à verser lors de son entrée dans l'établissement une provision, renouvelable, si besoin, pendant la durée de son séjour si la provision initiale ne couvre pas les frais d'hospitalisation (*cf. Article R 6145-4 du code de la santé publique*).

Au moment de la sortie, les frais d'hospitalisation (participation assuré, prestations hôtelières,...) restant à charge seront à régler par le patient. En effet, Il peut y avoir une part restant à charge dans les cas suivants :

- pas de couverture par un organisme complémentaire ;
- le contrat de l'organisme complémentaire ne couvre pas tout ou partie des prestations ;
- la prise en charge de l'organisme complémentaire n'a pas été reçue par l'établissement avant la sortie.

SOUHAIT DE PRESTATIONS HÔTELIÈRES EN HOSPITALISATION COMPLÈTE

Le patient déclare choisir, selon les disponibilités de l'établissement :

- Une chambre double Une chambre SOLO Une chambre SOLO CONFORT

L'attribution d'une chambre individuelle s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

Je m'engage à régler le montant du supplément journalier.

Le supplément de chambre individuelle est facturable du jour d'entrée au jour de sortie inclus.

Récapitulatif des prestations hôtelières

Prestation	Chambre double	Chambre SOLO	Chambre SOLO CONFORT
Télévision	✔	✔	✔
Wifi	✔	✔	✔
Téléphone ⁽¹⁾	✔	✔	✔
Petit-déjeuner Plaisir*	+	+	✔
Déjeuner Plaisir*	+	+	✔
Dîner Plaisir*	+	+	✔
Repas Plaisir accompagnant	+	+	+
Trousse de bienvenue	✘	✘	✔

✔ Inclus
 + Disponible en supplément
 ✘ Indisponible

(1) Ouverture de ligne offerte, les appels restent payants.

(*) Le service des repas est conditionné aux contraintes de régime liées au protocole de soins.

Les tarifs TTC des chambres particulières

Solo	99 €/jour
Solo Confort	149 €/jour
Lit accompagnant	25€/jour

Les tarifs TTC des repas Plaisirs

Petit-déjeuner continental	9 €
Repas Plaisir	20 €

Les tarifs TTC des services de divertissement

Télévision	Gratuit
Téléphone (ouverture de ligne)	Gratuit
Téléphone (prix par unité)	0,21 centimes
Internet Wifi	Gratuit
Set de linge (Serviettes et tapis)	10€

SOUHAIT DE PRESTATIONS HÔTELIÈRES EN AMBULATOIRE

Le patient déclare choisir, selon les disponibilités de l'établissement :

Espace collectif

Une Bulle Plus

Une Bulle Confort

L'attribution d'une chambre individuelle s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

Je m'engage à régler le montant du supplément journalier.

Le supplément de chambre individuelle est facturable du jour d'entrée au jour de sortie inclus.

Récapitulatif des prestations hôtelières proposées

Prestation	Espace collectif	Bulle Plus	Bulle Confort
Espace privé	❌	✅	✅
Télévision	✅	✅	✅
Wifi haut débit en illimité	✅	✅	✅
Collation	✅	✅	✅
Pause gourmande	❌	+	✅
Pause gourmande accompagnant	❌	+	✅
Tote Bag	❌	✅	❌
Trousse de toilette bien-être	❌	❌	✅
Parking P6 4H inclus (hors jours d'événement Stade Vélodrome)	❌	❌	✅

✅ Inclus
 + Disponible en supplément
 ❌ Indisponible

Les tarifs TTC des formules ou services

Espace collectif	Gratuit
Bulle Plus	60€/jour
Bulle Confort	90 €/jour

Les tarifs TTC des services de divertissement

Télévision	Gratuit
Téléphone (ouverture de ligne)	Gratuit
Téléphone (prix par unité)	0,21€ centimes
Internet Wifi	Gratuit
Set de linge (serviettes et tapis)	10€