

	<h2>Dossier de pré-admission</h2>	Clinique du Château de Vernhes ☎ : 05.61.37.27.27 ☎ : 05.61.09.65.51 Site web: <a href="http://www.chateau-de-vernhes.fr">www.chateau-de-vernhes.fr</a> Mail: <a href="mailto:administration@cliniquebondigoux.com">administration@cliniquebondigoux.com</a>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de suivre les indications suivantes :

### I – Compléter le dossier de pré admission qui doit obligatoirement comporter :

1.  Copie de l'attestation de la sécurité sociale ou, à défaut, copie de votre carte vitale
2.  Copie recto/verso de votre carte mutuelle
3.  Copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité
4.  Copie de l'Attestation de déclaration de médecin traitant, si cette mention n'est pas notée sur l'attestation de Sécurité sociale.
5.  Fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin : (Formulaire n°1)  
**Ce document est indispensable pour la validation de votre demande d'admission.**
6.  Fiche administrative complétée recto verso, (Formulaire n°2)

**Important** : vérifiez la validité et la mise à jour de ces documents

**Remarque** : Nous vous remercions d'indiquer précisément les coordonnées (noms, adresses et numéros de fax et téléphone) de vos proches et de vos médecins, indispensables en cas de problèmes graves liés à votre état de santé.

7.  Fiche d'autorisation d'accès aux données de santé (Formulaire n°3)
7.  **Un chèque de caution** de 200€ à l'ordre de la Clinique du Château de Vernhes.

**Ce chèque vous sera restitué à la fin de votre séjour si la prise en charge est complète et les factures acquittées. Il pourra être encaissé en cas de non paiement des factures ou de dégradation du matériel.**

### II – Retourner le dossier **COMPLET** (à défaut, votre demande d'hospitalisation ne pourra pas être prise en compte)

**Par courrier** à l'adresse suivante : **Clinique du Château de Vernhes**  
**31340 BONDIGOUX**

Après validation de votre dossier par les équipes médicales et administratives de l'établissement, **le Secrétariat vous contactera pour vous indiquer une date d'entrée prévisionnelle.**

### III – Se renseigner sur vos conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

L'établissement est conventionné avec la sécurité sociale. Toutefois, il reste à votre charge ou à la charge de votre mutuelle les frais tels que 20% des frais de séjour (ticket modérateur), du forfait d'admission et des frais d'honoraires, ainsi que le forfait hospitalier et la chambre particulière (tarifs ci-joint).

Il est donc important de **connaître vos droits** avant votre entrée et d'obtenir une garantie écrite avant votre admission.

**Pour cela, spécifiez à votre organisme complémentaire :**

- le numéro FINESS de l'établissement : 310780374
- la durée du séjour : trois semaines (21 jours)
- le secteur d'hospitalisation : Réadaptation Nutritionnelle (DMT 171) ou (DMT 168 obésité : IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) ou Soins de Suite (DMT 185)

Pensez à vous faire préciser **les montants et la durée** pris en charge et demandez si possible une confirmation écrite.

Cette démarche est inutile pour les mutuelles de la Fonction Publique (à noter qu'une participation reste à votre charge pour la chambre particulière, généralement de l'ordre de 12 €/jour).

En raison de problèmes rencontrés avec les mutuelles : ASSUREMA, CEGEMA, IDENTITES MUTUELLE, SOLLY AZAR et SWISS LIFE, l'établissement ne pratique plus le tiers payant. Vous devrez donc faire l'avance intégrale des frais liés à votre séjour avant votre sortie.

Attention : même si vous êtes en ALD à 100%, les frais de Chambre particulière, forfait hospitalier et forfait de sortie sont à votre charge ou à celle de la mutuelle.

Enfin, à défaut de prise en charge ou en cas de couverture partielle, nous vous présenterons des factures de façon hebdomadaire.

#### **IV - Le jour de l'entrée**

##### **Vous devez vous présenter au Bureau des Entrées avec les originaux suivants :**

- votre carte vitale,
- votre carte mutuelle,
- votre pièce d'identité,
- votre livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou copie du jugement justifiant un changement de nom.
- la prise en charge de votre mutuelle, si celle-ci n'a pu être jointe au dossier de pré-admission,

Par ailleurs, nous vous demandons de remettre votre dossier médical (dernières analyses, radio avec compte-rendu, traitement en cours...) au médecin qui effectuera le bilan médical d'entrée.

Enfin, dans le cadre de la continuité des soins, nous vous demandons d'apporter vos médicaments, dans les boîtes d'origines ainsi que vos appareillages (CPAP...) au cas où nous n'aurions pas pu obtenir certains d'entre eux dans les 48 premières heures de votre hospitalisation.

#### **V – Informations IMPORTANTES**

Afin de pouvoir intervenir en toutes circonstances, les portes des chambres ne peuvent fermer à clé. Toutes les chambres sont équipées de coffre individuel. Cependant, nous vous recommandons de ne pas garder avec vous d'argent (espèces) et d'objets de valeur lors de votre séjour. La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effet personnel commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement. Les règles du code de la route s'appliquent à la circulation des véhicules dans l'enceinte de l'établissement.

**Dans votre valise :** Nous vous informons que notre établissement ne fournit que les draps et les couvertures.

Vous êtes tenu d'apporter vos effets personnels (vêtements, pyjama, robe de chambre, affaires de toilette, serviettes de toilette,...) ainsi que des tenues de sport avec chaussures adéquates, un bloc notes et un stylo.

Un local avec lave-linge et sèche-linge à jetons (en vente à l'accueil) est à votre disposition selon les horaires affichés. Il est fermé les jours fériés et le week-end.

Les sorties sont interdites sauf cas de force majeure. Elles se limitent dans tous les cas à 12 h consécutives et sont soumises à une autorisation écrite et préalable du médecin.

Bien entendu, nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous remercions de nous faire part de vos souhaits personnels sur une lettre séparée jointe au dossier.

A très bientôt.

Le service des admissions

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous prendre en charge dans les meilleures conditions possibles. Les destinataires des données sont des professionnels soumis au secret médical.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la direction de la Clinique du Château de Vernhes.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

 <p><b>CLINIQUE</b> du Château de Vernhes <b>BONDIGOUX</b></p>	<h2 style="color: blue;">TARIFS AU 01/03/2014</h2> <p>(Annexe financière ARS du 01/10/2014)</p> <p>(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Notre établissement a signé un contrat avec la Sécurité Sociale permettant une prise en charge des soins aux tarifs conventionnés. Toutefois, certaines prestations impliquent des suppléments qui peuvent être pris en charge totalement ou partiellement par votre mutuelle. Renseignez-vous auprès de celle-ci.

POUR TOUS LES SECTEURS	Tarif général	A charge de la mutuelle ou du patient
<b>FORFAIT D'ENTREE (facturé une seule fois le jour d'entrée)</b>	69.87 €	13.97 €
<b>20 % DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour</b>		20 % des actes
<b>FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois le jour de la sortie)</b>	18,00 €	18,00 € *
<b>PMS (Forfait prestation PMSI) 1 chaque dimanche + 1 le jour de sortie</b>	6,45 €	
<b>FORFAIT HOSPITALIER</b>	18,00 € / jour	18,00 € / jour *
<b>CHAMBRE PARTICULIERE</b>	47,00 € / jour	47,00 € / jour *
<b>Secteur SOINS DE SUITE POLYVALENT REPOS ET CONVALESCENCE (DMT 185) SSC.</b>		
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	105.35 € / jour	21.07 € / jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)</b>	18.57 € / jour	3.71 € / jour
<b>Secteur AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE (DMT 466) PAP.</b>		
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	149.78 € / jour	29.95 € / jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)</b>	18.57 € / jour	3.71 € / jour
<b>Secteur REGIME (DMT 171) REG.</b>		
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	116.22 € / jour	23.24 € / jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)</b>	19.83 € / jour	3.96 € / jour
<b>Secteur OBESITE MORBIDE IMC &gt; 40kg/m2 (DMT 168) MORB</b>		
<b>PRIX DE JOURNEE</b>	224.59 € / jour	44.91 € / jour
<b>CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)</b>	19.83 € / jour	3.96 € / jour

\* Prestations restant à la charge du patient ou de sa mutuelle même s'il bénéficie d'une couverture à 100% par le régime obligatoire.

SEJOUR ACCOMPAGNANT	A votre charge
<b>LA NUIT + LE PETIT DEJEUNER</b>	21,00 €
<b>LE DEJEUNER</b>	11,00 €
<b>LE GOUTER</b>	2,00 €
<b>LE DINER</b>	11,00 €
<b>FRAIS DIVERS</b>	
<b>TELEVISION (chaînes nationales et TNT)</b>	3,10 € / jour
<b>TELEPHONE : Branchement de la ligne</b>	5,00 €
<b>Crédit d'appel minimum</b>	7,00 €
<b>PROTECTIONS POUR INCONTINENCE (vendues par paquet de 14 de 20 ou de 26)</b>	0.50€ à 2.00€ pc









## FICHE ADMINISTRATIVE

(À compléter recto et verso)

NOM MARITAL..... SEXE : F  M

NOM DE JEUNE FILLE..... PRENOMS.....

DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE.....

SITUATION DE FAMILLE..... NATIONALITE.....

PERSONNE(S) A CHARGE : (Noms et liens de parenté) : .....

.....

SITUATION PROFESSIONNELLE.....

VOTRE ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE .....

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : .....

CAISSE DE SECURITE SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE (nom et adresse) :

.....

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE(E)..... Né(e) le : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....

BENEFICIAIRE :      Assuré(e)  Conjoint  Enfant  Concubin(e)  Ascendant

ETES-VOUS A 100% ?      OUI                       NON

MUTUELLE (Nom ; Adresse).....

.....

N° Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      N° Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

POSITION JURIDIQUE :    *Sous tutelle*     *Sous curatelle*

NOMS ET ADRESSE.....

SI CE N'EST PAS LE PATIENT QUI REGLE LES FACTURES, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNEES :

Noms : .....                      Prénom : .....

Adresse : .....

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

N° de téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualité : .....

COORDONNEES DE LA FAMILLE : (à renseigner obligatoirement)

<i>Noms Prénoms - Lien de Parenté</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>

**MEDECIN TRAITANT** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : .....

**Autres médecins spécialistes** (compléter par les noms, prénoms, spécialités, adresses, téléphones, mail) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : .....

**Coordonnées de votre ambulancier** : Nom : ..... Tel. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Si vous avez déjà effectué un séjour dans notre établissement, merci de préciser la date** : .....

Souhaitez-vous être pris en charge par la même équipe médicale et paramédicale ? OUI  NON

Si oui, précisez le nom du médecin qui vous a suivi : .....

**Si vous souhaitez garder votre véhicule durant le séjour**, nous vous remercions de nous indiquer les informations ci-dessous :

Couleur : ..... Marque : ..... N° d'immatriculation : .....

**Chambre particulière :**

Je ne souhaite pas de chambre particulière

Je souhaite une chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge

(A noter que nous ne pouvons vous garantir une chambre particulière le jour de votre arrivée. Nous mettrons tout en œuvre pour satisfaire votre demande dans les plus brefs délais).

J'accepte d'être en chambre double dans un premier temps.

Je souhaite impérativement une chambre particulière et je suis prêt (e) à décaler ma date d'entrée.

Date : ...../...../.....

Signature :

