

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 27 27 Mail : service.admission@cliniquevernhes.fr
Site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de la Clinique du Château de Vernhes.

Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance. Vous devrez **lire et compléter** les différents documents composant ce livret qui sont **indispensables** pour faciliter votre admission dans notre établissement.

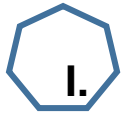
PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'attestation de la sécurité sociale, ou, à défaut, copie de votre carte vitale en cours de validité
- Copie **recto/verso** de votre carte mutuelle en cours de validité
- Copie **recto/verso** de votre pièce d'identité en cours de validité
- Copie de l'attestation de déclaration de médecin traitant, si cette mention n'est pas notée sur l'attestation de Sécurité sociale
- Formulaire N°1** : Fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin
Ce document est indispensable pour la validation de votre demande d'admission. Merci de joindre obligatoirement la copie de votre ordonnance de médicaments en cours.
- Formulaire N°2** : Fiche administrative complétée **recto verso**
- Formulaire N°3** : Désignation de la Personne de confiance :
- Formulaire N°4** : Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements
- 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 dégradations du matériel.

MERCI de retourner le dossier **COMPLET** par courrier, à l'adresse suivante :

Service d'admission-Clinique du Château de Vernhes, 31340 BONDIGOUX

NB : En cas de dossier **incomplet** votre demande d'hospitalisation **ne pourra pas être prise en compte**



I. AVANT L'ADMISSION :

1. Vous devez vous renseigner sur les conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

- **L'établissement est conventionné par la sécurité sociale. Néanmoins, certains frais peuvent rester à votre charge ou celle de votre mutuelle :**
 - 20% des frais de séjour (= ticket modérateur), du forfait d'admission, des frais d'honoraires ou forfait hospitalier
 - la chambre particulière (tarifs ci-joint)
- **Il est donc impératif de connaître vos droits et d'obtenir une garantie écrite de la part de votre mutuelle avant votre admission en fournissant les informations suivantes :**
 - Numéro FINESS de l'établissement : 310780374
 - La durée du séjour : trois semaines (22 jours)
 - Le secteur d'hospitalisation : Réadaptation Nutritionnelle (= DMT 171) ou (= DMT 168 obésité si IMC \geq 40 kg/m²) ou Soins de Suite (DMT 185)

Le Bureau des Entrées se chargera d'obtenir la prise en charge hospitalière définitive le jour de l'admission.

ATTENTION : CAS PARTICULIERS

- **Mutuelles de la Fonction Publique** : démarche à faire sauf pour la MGEN. Merci de noter qu'une participation reste à votre charge pour la chambre particulière, généralement de 16€/jour

- **PAS DE TIERS PAYANT pour les mutuelles ci-dessous** : ACTIL, AON, ASSUREMA, AVIVA, CAMIEG, CEGEMA, ECA, GAN, GENERALI, IDENTITES MUTUELLES, MIEUX ETRE, MUTUELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE (MMJ), NEOLIANE, SOLLY AZAR, SWISS LIFE.

Vous devrez donc faire l'avance intégrale des frais liés à votre séjour avant votre sortie.

- **PAS DE TIERS PAYANT pour les frais de chambre particulière** : ALMERYS et VIAMEDIS

- **ALD à 100%** : les frais de chambre particulière, forfait hospitalier et forfait de sortie sont à votre charge ou celle de votre mutuelle

- **Si vous percevez l'ACS (Aide Complémentaire Santé) de l'Assurance Maladie** : les frais de chambre particulière restent intégralement à votre charge, quel que soit le contrat avec votre mutuelle.

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

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.



II. LE JOUR DE L'ENTREE :

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

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Votre carte vitale,
- Votre carte mutuelle,
- Votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou carte de séjour)
- Le livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou une copie du jugement justifiant le changement de nom
- Votre prise en charge mutuelle, si celle-ci n'a pas pu être jointe au dossier de préadmission
- Votre attestation justifiant de l'ACS (Aide Complémentaire Santé)



DOCUMENTS MEDICAUX pour le médecin :

- Vos ordonnances en cours (médecin généraliste et spécialistes)
- Les comptes rendus de vos dernières consultations médicales (cardiologie, angiologie, neurologie, ophtalmologie etc.)
- Les derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Les résultats de biologie datant de moins de 3 mois
- Les derniers résultats d'imagerie

Vous devez prévoir dans votre valise :

- Vos effets personnels : vêtements, affaires de toilette etc.
- Des tenues de sport avec chaussures adéquates afin de participer aux différentes activités
- Un bloc-notes
- Un stylo

Informations IMPORTANTES :

L'ensemble des chambres de l'établissement sont équipées de coffres individuels. Néanmoins, lors de votre séjour nous vous demandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur.

En effet, suivant le Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 :
« l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement. »

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble des informations relatives à notre établissement directement sur notre site internet : www.cliniquebondigoux.fr

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER



TARIFS AU 01/03/2019

(Annexe financière ARS du 02/08/2019 applicable au 01/03/2019)
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

POUR TOUS LES SECTEURS (sauf Hospitalisation de Jour)	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
FORFAIT D'ENTREE (facturé une seule fois le jour d'entrée)	63.67€	12.73€
20% DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20% des actes
FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois à la sortie)	20.00€	20.00€ *
PMS (Forfait prescription PMSI) 1 chaque dimanche + 1 le jour de la sortie	5.88€	
FORFAIT HOSPITALIER	20.00€/jour	20.00€/jour *
CHAMBRE PARTICULIERE	51.00€/jour	51.00€/jour *
PH7 (Médicaments prescrits pendant le séjour mais différents de la pathologie qui a motivé le séjour)		Montant variable
Secteur SOINS DE SUITE POLYVALENT, REPOS ET CONVALESCENCE (DMT 185) SSC.	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
PRIX DE JOURNEE	98.29€/jour	19.66€/jour
CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)	16.92€/jour	3.38€/jour
Secteur AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE (DMT 466) PAP.	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
PRIX DE JOURNEE	138.94€/jour	27.79€/jour
CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)	16.92€/jour	3.38€/jour
Secteur REGIME (DMT 171) REG.	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
PRIX DE JOURNEE	108.27€/jour	21.65€/jour
CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)	18.07€/jour	3.61€/jour
Secteur OBESITE MORBIDE : IMC ≥ 40kg/m2 (DMT 168) MORB	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
PRIX DE JOURNEE	207.66€/jour	41.53€/jour
CHAMBRE D'ISOLEMENT (soumise à prescription médicale)	18.07€/jour	3.61€/jour
Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 171) REGIME	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
S.N.S (frais de séances de soins)	124.59€/jour	24.92€/jour
PMS (Forfait prestation PMSI)	5.95€/jour	

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

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER



TARIFS AU 01/03/2019

(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

SEJOUR ACCOMPAGNANT	A votre charge
LA NUIT + LE PETIT DEJEUNER	21.00€
LE DEJEUNER ou LE DINER	11.00€
LE GOUTER	2.00€
LE REPAS ENFANT (- 12 ans)	7.00€
FRAIS DIVERS	
TELEVISION	3.20€/jour
TELEPHONE : Branchement de la ligne	5.00€
TELEPHONE : Crédit d'appel minimum (appels vers numéros spéciaux et étrangers impossibles)	7.00€
PROTECTIONS POUR INCONTINENCE (vendues par paquet de 14, de 20 ou de 26)	0.50€ à 2.00€ pc



Fiche d'admission médicale
A compléter obligatoirement par le médecin prescripteur du séjour

Nom : **Prénom :**

Sexe : M F Date de naissance :

Déjà venu(e) dans l'établissement : Oui Non Date du dernier séjour :

Médecin référent lors du dernier séjour :

A renseigner obligatoirement : **100% ALD :** Oui : motif :
 Non

Motif d'hospitalisation :

Secteur souhaité : Soins de Suite Nutrition Séjour Ambulatoire (Journées HDJ)

Pathologies associées :

(Merci de joindre une lettre spécifiant la demande)

Etat clinique : (mentions à remplir pour validation de la demande)

Poids : Taille : IMC :

- Soins d'hygiène :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	
- Elimination :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant sonde urinaire	Stomie :
- Alimentation :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant alim entérale	<input type="checkbox"/> Alim parentérale
- Respiration :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> App apnée sommeil (CPAP ou VNI)
- Mobilisation :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	
	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Béquille	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant

Troubles du comportement : Oui : à préciser : Non
(Merci de fournir un certificat médical de compatibilité avec un séjour en établissement SSR non psychiatrique)

Plaies (préciser type et localisation) :

Infection(s) Site : Germe :

Projet médical :

Projet social (devenir –démarche en cours) :

.....

Présence d'un traitement : Non Oui : Si oui, fournir obligatoirement la copie des ordonnances en cours

Date : /..... /.....	Médecin prescripteur : Dr : Mail :	Signature et cachet : Tél : Fax :
-------------------------------	--	--



Fiche administrative

(A compléter recto et verso)

NOM MARITAL : SEXE : F M

NOM DE JEUNE FILLE : PRENOM :

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 :

TEL : / / / / / 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 :

BENEFICIAIRES : Assuré(e), conjoint, enfant, concubin(e) Ascendant

ETES-VOUS A 100% ALD ? OUI NON

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'ACS (Aide complémentaire santé) ? OUI NON

MUTUELLE (Nom ; Adresse) :

.....

N° FAX : ___/___/___/___/___ N° TEL : ___/___/___/___/___

POSITION JURIDIQUE : SOUS TUTELLE SOUS CURATELLE

NOM ET ADRESSE :

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

Nom : Prénom:

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Tél : ___/___/___/___/___ N° Portable: ___/___/___/___/___

Qualité :

COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR : (à renseigner obligatoirement)

Nom, Prénom, Lien de Parenté	Adresse	Téléphone

MEDECIN TRAITANT : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : ___/___/___/___/___ Fax ___/___/___/___/___ Mail :

Autres médecins spécialistes (compléter par les nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone, mail) :.....
.....**MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR** : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : ___/___/___/___/___ Fax ___/___/___/___/___ Mail :

Coordonnées de votre pharmacie : Nom : Téléphone : ___/___/___/___/___

Code postal : Ville :

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 :

Chambre particulière : Je souhaite une chambre double Je souhaite une chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge. (A noter que nous ne pouvons 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 durant une partie de mon séjour Je souhaite impérativement une chambre particulière et je suis prêt(e) à décaler ma date d'entrée Je suis bénéficiaire de l'ACS (Aide Complémentaire Santé) et je m'engage à régler le montant de la chambre particulière

Date : ___/___/___

Signature :



III. LA PERSONNE DE CONFIANCE :

QUI PEUT ETRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

- Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : conjoint, enfants, parents, un proche, votre médecin....

QUEL EST SON ROLE ?

- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé (consultations, entretiens médicaux...)
- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a pour mission d'être votre référent auprès de l'équipe médicale. Elle est votre porte-parole et s'exprimera pour vous suivant vos souhaits.

QUAND LA DESIGNER ? COMMENT ?

- Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.
- La désignation doit se faire par écrit, sur le document ci-joint.
- Il est également possible de renseigner la personne de confiance sur votre DMP.





Formulaire de désignation de la Personne de Confiance

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....

nomme la personne de confiance suivante

- Nom, prénoms :
- Adresse :
- Téléphone privé : Téléphone professionnel :
- Téléphone portable :
- E-mail :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI NON

CAS PARTICULIERS

- Je ne souhaite pas désigner ma personne de confiance
- Le patient n'est pas en mesure de désigner sa personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoins 1 : Je soussigné(e)

Noms et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

.....

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si

un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

Oui Non

Fait à : le :

Signature :

Témoins 2 : Je soussigné(e)

Noms et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

.....

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si

un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

Oui Non

Fait à : le :

Signature :



AU 1^{er} JANVIER 2020

Nouvelle réglementation
pour LA SUBSTITUTION par les
médicaments génériques



Depuis le 1er janvier 2020, la réglementation pour la substitution des traitements a évolué et exige que la mention « non substituable » soit motivée et justifiée **UNIQUEMENT** par l'un des deux motifs ci-dessous.

En dehors de ces deux cas, la non substitution ne sera pas acceptée.

(MTE) PRESCRIPTION DE MEDICAMENT A MARGE THERAPEUTIQUE ETROITE :

Lorsque le patient est stabilisé avec un médicament bien précis.

(Médicaments concernés : Lamotrigine, Prégabaline, Zonisamide, Lévétiracétam, Topiramate, Valproate de Sodium, Lévothyroxine, Mycophénolate Mofetil, Buprénorphine, Azathioprine, Ciclosporine, Everolimus, Mycophénolate Sodique)

(CIF) CONTRE INDICATION FORMELLE ET DEMONTREE :

En cas d'allergie à un excipient (substance) présent dans le médicament.

Par ailleurs, vos traitements personnels apportés depuis votre domicile doivent respecter le conditionnement suivant :

- Etre dans les **boîtes et blisters** d'origine comprenant le **numéro de lot** et la **date de péremption**.
- Les **pilluliers** avec des comprimés en vrac ne seront pas acceptés !



Merci de renseigner et de renvoyer le formulaire ci-joint. Faute de retour de ce dernier, votre dossier sera considéré comme **INCOMPLET**.

Nous vous remercions de votre compréhension.



Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....

.....

Reconnais :

- Avoir pris connaissance de la réglementation concernant la substitution des traitements
- ET
- M'engage à la respecter

Fait à :

Le :

Signature :