

	<h2>Dossier de pré-admission Hospitalisation de Jour</h2>	Clinique du Château de Vernhes ☎ : 05.61.37.29.40 ☎ : 05.61.09.65.51 Site web: www.cliniquebondigoux.fr Mail: service.hdj@cliniquevernhes.fr
---	---	--

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, il doit être obligatoirement accompagné de la copie de votre ordonnance de médicament en cours.
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 30€ à l'ordre de la Clinique du Château de Vernhes.

Ce chèque vous sera restitué 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

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).

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

Pour cela, spécifiez à votre organisme complémentaire :

- le numéro FINESS de l'établissement : 310780374
- le secteur d'hospitalisation : Hospitalisation de Jour SSR Affection des Systèmes Digestif, métabolique et endocrinien

Cette démarche est inutile pour les mutuelles de la Fonction Publique.

IV - Le jour de l'entrée

Vous devez vous présenter au service d'hospitalisation de jour à 8h30 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 d'apporter pour le médecin :

- **vos ordonnances en cours**
- vos médicaments dans les boîtes d'origine afin d'assurer la continuité des soins au cas où nous ne pourrions pas obtenir certains d'entre eux le jour de votre hospitalisation.
- les éléments de votre dossier médical : dernières analyses, radio avec compte-rendu, compte rendu d'hospitalisation récent.

Si vous avez un appareillage particulier, merci de bien vouloir vous renseigner auprès de l'établissement avant votre arrivée.

V – Informations IMPORTANTES

Si vous avez déjà suivi un programme d'Education Thérapeutique dans l'établissement, nous vous demandons **d'apporter le classeur** qui vous a été remis lors de votre précédent séjour.

Pensez à venir en **tenue adaptée à la pratique d'une activité physique** (jogging, baskets...).

Nous vous demandons également d'apporter une **serviette de toilette**, une **bouteille d'eau** ainsi que éventuellement des lingettes pour le corps et un bloc notes/stylo.

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.

TARIFS au 01/08/2018 (Annexe financière ARS du 03/08/2018 applicable au 01/03/2018)

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.

Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 171) REGIME		
S.N.S (frais de séances de soins)	124.56 € / jour	24.91 € / jour
PMS (Forfait prestation PMSI)	5.95 €	

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



Fiche d'admission médicale

A compléter obligatoirement par le médecin prescripteur du séjour

**Clinique du
Château de Vernhes
31340
BONDIGOUX**

Nom : **Prénoms :**

Sexe : M F Date de naissance

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

Médecin référent lors du dernier séjour :

A renseigner obligatoirement : 100% ALD : Oui : Motif : Non

Motif d'hospitalisation :

Secteur souhaité : Hospitalisation de Jour

Pathologies associées :

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

Poids : **Taille :** **IMC :**

Soins d'hygiène : Autonome Aide partielle Dépendant

Elimination : Autonome Aide partielle Dépendant Sonde urinaire Stomie

Alimentation : Autonome Aide partielle Dépendant Alim entérale Alim parentérale

Respiration : Autonome Oxygénothérapie Trachéotomie

Mobilisation : Autonome Aide partielle Dépendant Fauteuil roulant

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

Projet médical :

Projet social (devenir – démarche en cours) :

Présence d'un traitement : oui non

Si oui, **fournir obligatoirement** la copie des ordonnances médicamenteuses en cours

Date :

.... / /

Médecin prescripteur :

Dr :

Mail :

Signature et cachet :

Tél. : Fax :



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 pharmacie : Nom : Tel. : ___/___/___/___/___

Coordonnées de votre ambulancier : Nom : Tel. : ___/___/___/___/___

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

Précisez le nom du médecin qui vous a suivi :

Si vous souhaitez garder votre véhicule durant le séjour, nous vous remercions de nous indiquer :

Couleur : Marque : N° d'immatriculation :

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

Signature :



Autorisation d'accès aux informations de santé

Je soussigné(e), Mme / Mlle / M. (NOM, Prénom)

Né(e) le : à

Domicilié(e) :
.....

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

S'agissant de l'accès à mon dossier patient :

J'accepte Je refuse
que les informations concernant ma santé soient transmises **aux médecins assurant mon suivi.**

J'accepte Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises à :
 mes proches **à mes ayants droits en cas de décès.**

ou (dans les deux cas) à certains d'entre eux (précisez Noms et coordonnées) :

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

ATTENTION : Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs).

Fait à :

Le : __ / __ / __

Signature :