

DOSSIER D'ADMISSION

NOM : _____

Prénom : _____

VOTRE HOSPITALISATION

Vous allez être hospitalisé(e) à la Clinique la Parisière avec le Dr _____

Le ____ / ____ / 20 ____ à ____ h _____,

Vous devez vous munir de vos examens complémentaires (biologie, radio, scanner, IRM...) le jour de votre hospitalisation.

VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE

- Vous devez impérativement prendre un rendez-vous pour une consultation d'anesthésie avant l'intervention à la clinique, en appelant au **04 75 70 80 09** à partir du ____ / ____ / 20 ____ .
- Vous avez rendez-vous en consultation d'anesthésie, à la clinique La Parisière
le ____ / ____ / 20 ____ à ____ h _____.

DOCUMENTS A APPORTER

Le Présent document est à rapporter rempli lors de votre venue à votre rendez-vous en consultation d'anesthésie. **Si vous n'avez pas de RDV avec l'anesthésiste, vous devez tout de même venir faire vos démarches de préparation à l'admission.**

Vous devez vous présenter à l'accueil principal de la clinique muni de ce document + pièces suivantes :

- Ordonnances de tous vos traitements médicamenteux
- Formulaire de consentement pour la chirurgie et l'anesthésie
- Autorisation d'hospitalisation signée des 2 parents ou titulaires de l'autorité parentale, si le patient est mineur
- Autorisation d'hospitalisation signée du tuteur, si le patient est sous tutelle
- Pièce(s) d'identité (carte d'identité, à défaut passeport, à défaut livret de famille, et cartes d'identité des parents pour les mineurs)
- Carte de groupe
- Carte Vitale + attestation **en cours de validité**
- Carte de Mutuelle **en cours de validité** et prise en charge à demander à votre mutuelle (à apporter ou à faxer au 04.75.70.80.48)
- Déclaration en cas d'accident de travail
- CMU : Joindre la photocopie de votre attestation avec **vos droits à jour**.
- Aide Médicale Etat : Joindre la photocopie de votre attestation avec **vos droits à jour**
- Résultats des examens de laboratoire (*s'ils vous ont été prescrits*)
- Compte-rendu de consultation de cardiologie (*si elle vous a été prescrite*)

Tout document manquant pourra entraîner l'annulation de la consultation d'anesthésie, voire le report de l'intervention.

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :

NOM D'USAGE (si différent) : SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE : |____| |____| |____|

ADRESSE :

.....

N° TELEPHONE : DOMICILE |____| |____| |____| |____| |____| PORTABLE |____| |____| |____| |____| |____|

ADRESSE MAIL : |_____@_____|

Je n'ai pas d'adresse mail

Je refuse de communiquer mon adresse mail

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :

NOM D'USAGE (si différent) : DATE DE NAISSANCE : |____| |____| |____|

ADRESSE :

.....

N° TELEPHONE : DOMICILE |____| |____| |____| |____| |____| PORTABLE |____| |____| |____| |____| |____|

LIEN DE PARENTE AVEC LE PATIENT (COCHER LA MENTION UTILE) :

CONJOINT ENFANT AUTRE :

N° DE SECURITE SOCIALE : |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____|

CAISSE D'AFFILIATION :

BENEFICIEZ-VOUS : ✓ D'UNE ALD OUI NON ✓ D'UN 100% OUI NON

MUTUELLE

NOM DE L'ORGANISME :

ADRESSE :

N° ADHERENT :

N° DE PRISE EN CHARGE : CH P :

DP :

MEDECIN TRAITANT

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

.....

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN ADRESSEUR, SI DIFFERENT :

.....

PERSONNE A PREVENIR

NOM :

PRENOM :

N° DE TELEPHONE :

LIEN (PARENTE, ETC.) :

CAS PARTICULIERS

ACCIDENT DE TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE DE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL : |____|_|____|_|____| RECHUTE LE : |____|_|____|_|____|

DATE DE VOTRE MALADIE PROFESSIONNELLE : |____|_|____|_|____|

EMPLOYEUR :

COORDONNEES DE L'ORGANISME QUI COUVRE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL :

.....

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS(*) : OUI NON

SI OUI : DATE : |____|_|____|_|____|

(*) Exemples : Accidents de la circulation, scolaire, sportif, de la voie publique,...

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. : OUI NON

AIDE MEDICALE

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'AIDE MEDICALE : OUI NON

MESURE PARTICULIERE

ETES-VOUS MAJEUR SOUS TUTELLE ? OUI NON

SOUS CURATELLE ? OUI NON

OBJETS DE VALEUR

Nous vous conseillons de laisser chez vous tout objet de valeur, bijou ou somme d'argent inutile lors de votre hospitalisation.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de disparition ou de détérioration.

Fait le : |____|_|____|_|____| Signature :

ENGAGEMENT DU PATIENT AVEC DEVIS PART
PATIENT RESTANT A CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLETE

Etiquette patient

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

Nb jours Hospitalisation (1):

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

PEC Mutuelle ○ En supplément ● Inclus ● Obligatoire ∅ Non disponible

Cochez la case de votre choix		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations		Chambre double	SOLO	SOLO Plus	SOLO Confort
		Compris	90 €/j	110 €/j	180 €/j
Chambre privée		∅	●	●	●
Télévision	8 €/jour	○	●	●	●
Téléphone : forfait ouv. de ligne	5,00 €	○	○	●	●
Petit-déj. Plaisir(2)	10 €/rep	○	○	●	●
Repas Plaisir(2)	20 €/rep	○	○	○	●
Lit accomp.	15 €/nuit	○	○	○	●
Repas accomp.	12 €/rep	○	○	○	∅
Repas accomp. plaisir	20 €/rep	○	○	○	●
Trousse de bienvenue	5 €	○	○	○	●
Linge de toilette fourni	5 €	○	○	○	●
Presse journalière		○	○	●	●
Wifi	8 €/jour	○	○	●	●
<input type="checkbox"/> Forfait Journalier	20 €/jour	●	●	●	●
<input type="checkbox"/> PAS (€/séjour)	24,0 €	●	●	●	●
Total Devis(3)		- €	- €	- €	- €
Prise en Charge Mutuelle / CP (4)	<input style="width: 50px;" type="text"/> €	- €	- €	- €	- €
Reste à charge		- €	- €	- €	- €

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

(1) Toute journée commencée est due

(2) sous réserve de votre protocole de soins

(3) Le montant du devis est une estimation, il peut varier en fonction du nombre de jours ou du montant de la prise en charge.

(4) il ne faut renseigner que la prise en charge concernant la Chambre Particulière (en montant ou en % du PMSS)

(5) je suis informé(e) que les objets que je détiens ne sont pas sous la responsabilité de l'établissement, conformément à la réglementation en vigueur.

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

Le forfait journalier* s'élève à 20 €/jour 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 sont parfois pris en charge par les organismes complémentaires (assurances ou mutuelles).

Cas particuliers : certains actes sont soumis pour être pris en charge à entente préalable. En l'absence de cette entente préalable, les frais d'hospitalisation devront être réglés intégralement par le patient.

Je donne mandat à la clinique la Parisière d'acquies pour mon compte ou celui du patient, les prothèses éventuellement nécessitées par l'intervention chirurgicale qui doit être pratiquée dans l'établissement. Par prothèse, il convient d'entendre toute plaque, vis, ligament synthétique, implants ou autres matériels dont le chirurgien aurait l'usage au cours de l'intervention. Ces matériels sont, bien entendu, pris en charge par la Sécurité Sociale.

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 deselon le devis établi par l'établissement

Le chèque de provision sera systématiquement encaissé le jour de la sortie en cas de non règlement de la facture.

Fait à, le,

Signature du patient :