

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

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. 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.
5. 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.

6. Fiche de désignation de la personne de confiance (Formulaire n°3)
7. Autorisation d'accès aux informations de santé recto/verso (Formulaire n°4)
8. 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 – Demander une prise en charge écrite à 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.

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 Soins de Suite (DMT 185)
- la date d'entrée prévisionnelle qui vous aura été communiquée par le Secrétariat

Pensez à vous faire préciser **les montants et la durée** pris en charge et demandez qu'une **confirmation écrite nous soit faxée au 05.61.09.65.51**.

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 9 €/jour).

En raison de problèmes rencontrés avec les mutuelles : ASSUREMA, MICOM, 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 tous les 10 jours.

IV - Le jour de l'entrée

Heures d'arrivée :

- **Pour les patients en secteur de Réadaptation nutritionnelle** : à 12h45 les mercredis et jeudis (après le déjeuner),
- **Pour les patients en secteur Médecine ou Soins de Suite** : entre 13h et 16h, les lundis, mardis et vendredis.

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 (hormis vos bouteilles d'oxygène) 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 et de table,...) 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



TARIFS AU 01/01/2012

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

Secteur SOINS DE SUITE (DMT 185) - SOINS PALLIATIFS SSR (DMT 957) Secteur CONVALESCENCE READAPTATION (DMT 737)	Tarif général	A charge de la mutuelle ou du patient
PRIX DE JOURNEE : SOINS DE SUITE (DMT 185)	105.93 € / jour	21.19 € / jour
PRIX DE JOURNEE : SOINS PALLIATIFS SSR du 1 ^{er} au 35 ^{ème} jour (DMT 957)	140.66 € / jour	28.13 € / jour
PRIX DE JOURNEE : CONVALESCENCE READAPTATION du 36 ^{ème} jour (DMT 737)	131.97 € / jour	26.39 € / jour
PMS (Forfait prestation PMSI) 1 chaque dimanche + 1 le jour de sortie	6,50 €	
FORFAIT D'ENTREE (facturé une seule fois le jour d'entrée)	70.33 €	14.07 €
20 % DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20 % des actes
FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois le jour de la sortie)	18,00 €	18,00 € *
FORFAIT HOSPITALIER	18,00 € / jour	18,00 € / jour *
CHAMBRE D'ISOLEMENT	18.69 € / jour	3,74 € / jour
CHAMBRE PARTICULIERE	45,00 € / jour	45,00 € / jour *
Secteur DIETETIQUE (DMT 171)		
PRIX DE JOURNEE	116.87 € / jour	23.38 € / jour
PMS (Forfait prestation PMSI) 1 chaque dimanche + 1 le jour de sortie	6,50 €	
FORFAIT D'ENTREE (facturé une seule fois le jour d'entrée)	70.33 €	14.07 €
20 % DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20 % des actes
FORFAIT HOSPITALIER	18,00 € / jour	18,00 € / jour *
FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois le jour de la sortie)	18,00 €	18,00 € *
CHAMBRE D'ISOLEMENT	19.96 € / jour	3.99 € / jour
CHAMBRE PARTICULIERE	45,00 € / jour	45,00 € / jour *
Secteur MEDECINE (DMT 174)		
TARIFICATION A L'ACTIVITE (TAA) : Ce tarif est fixé en fonction de la pathologie du patient		
20 % DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20 % des actes
FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois le jour de la sortie)	18,00 €	18,00 € *
FORFAIT HOSPITALIER	18,00 € / jour	18,00 € / jour *
CHAMBRE PARTICULIERE	49,00 € / jour	49,00 € / jour *
Secteur REPOS REGIME INDIFFERENCIÉS (DMT 168)		
PRIX DE JOURNEE	166.12 € / jour	33.22 € / jour
PMS (Forfait prestation PMSI) 1 le jour de sortie	6,50 €	
FORFAIT D'ENTREE (facturé une seule fois le jour d'entrée)	70.33 €	14.07 €
20 % DES HONORAIRES sur les actes qui auront été effectués pendant le séjour		20 % des actes
FORFAIT DE SORTIE (facturé une seule fois le jour de la sortie)	18,00 €	18,00 € *
FORFAIT HOSPITALIER	18,00 € / jour	18,00 € / jour *
CHAMBRE PARTICULIERE	45,00 € / jour	45,00 € / 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
LA NUIT + LE PETIT DEJEUNER	20,00 €
LE DEJEUNER	10,00 €
LE GOUTER	2,00 €
LE DINER	10,00 €
FRAIS DIVERS	
TELEVISION (chaînes nationales)	3,00 € / jour
TELEPHONE :	
Branchement de la ligne	5,00 €
Crédit d'appel minimum	7,00 €

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.



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

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

Motif d'hospitalisation :

Pathologies associées :

Secteur souhaité : SSR Régime Médecine Soins Palliatifs

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Etat clinique :

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 non dangerosité)

Plaies (préciser type et localisation)

Infection(s) Site : Germe :

Projet médical :

Projet social (devenir – démarche en cours) :

<p>Traitement en cours : (Fournir obligatoirement copie de l'ordonnance)</p>	<p>Médicaments à délivrance hospitalière</p>
---	---

Date : / /	Médecin prescripteur : Dr :	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 : ____/____/____/____/____

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 : ____/____/____/____/____

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

MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : ____/____/____/____/____

Fax : ____/____/____/____/____

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

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

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

Couleur : Marque : N°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.



Formulaire de désignation de la personne de confiance

loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade article L.1111-6 du code de la santé publique*

Vous venez d'être admis en hospitalisation à la Clinique du Château de Vernhes. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ».

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

En effet, cette personne pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir le personnel soignant et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance

Formulaire de désignation et de révocation

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. : Téléphone : _/_/_/_/_/_

demeurant :

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

Ne souhaite pas en désigner une.

Souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. : Téléphone : _/_/_/_/_/_

demeurant :

qui deviendra personne de confiance.

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Mon médecin traitant

Un membre de ma famille. Merci de préciser le lien de parenté :

Un proche (ami, voisin)

Fait à Bondigoux, Le

Signature du patient :

L'état de santé du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance

Etat confirmé par :

* Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de **tutelle** est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.



Autorisation d'accès aux informations de santé

(À compléter recto et verso)

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 à **d'autres professionnels de santé.**

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 informée 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 :



Accord pour l'affichage des données médicales

Madame, Monsieur,

Des données nécessaires à votre prise en charge médicale sont affichées dans votre chambre, sur un support papier permettant un suivi permanent de l'équipe.

Cependant, si vous le souhaitez, nous pouvons retirer de votre chambre l'affichage de ces données.

Merci de nous préciser votre choix :

Oui, je donne mon accord pour l'affichage des données dans ma chambre

Non, je ne souhaite pas que des données soient affichées dans ma chambre

Par ailleurs je déclare :

avoir reçu

ne pas avoir reçu

L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance.

Signature :

L'état de santé du patient ne lui permet pas de signer ce document.

Visa du médecin et/ou de l'infirmière :