

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR LORS DE VOTRE ENTRÉE À LA CLINIQUE

↪ Votre attestation Carte Vitale et votre Carte Vitale

↪ Votre carte d'identité

↪ Si vous avez une mutuelle :

- votre carte de mutuelle
- une prise en charge (qu'elle vous délivrera, si votre carte de mutuelle n'a pas valeur de prise en charge)

À défaut, le forfait journalier et le ticket modérateur resteront à votre charge.

↪ S'il s'agit d'un accident du travail :

- le triptyque remis par votre employeur
- la déclaration d'accident remis par votre employeur

↪ Si le malade est sous tutelle / curatelle :

- l'attestation tuteur / curateur



CLINIQUE PAUL PICQUET

12, rue Pierre Castets - BP 802
89108 SENS Cedex
Tél. : 03.86.95.86.86 - Fax : 03.86.95.85.85
N° Finess 890000169



Cet imprimé doit être **soigneusement complété** et remis au bureau des entrées **au plus tard 48 h avant l'admission.**

Cette formalité peut s'effectuer :

– lors de votre **rendez-vous avec l'anesthésiste**. Ainsi, elle vous évitera toute attente au bureau des admissions le jour de votre hospitalisation.

Il devra être accompagné de :

- votre **attestation Carte Vitale** et votre **Carte Vitale**
- votre **carte d'identité**
- votre **carte de mutuelle**
- éventuellement, votre **notification de 100 %**

Votre **arrêt de travail** est à demander au **secrétariat médical** du médecin concerné.

Nous vous souhaitons un séjour aussi agréable que possible et sommes à votre disposition pour vous donner tout renseignement complémentaire.

L'utilisation de votre ordinateur portable étant possible lors de votre hospitalisation, celui-ci est sous votre entière responsabilité. La clinique ne peut être tenue responsable d'un quelconque préjudice (vol, dégradation ...).

Le service Accueil

À rapporter au plus tard le jour du rendez-vous avec l'anesthésiste

N° Dossier : _____ N° Chambre _____ Urgence : OUI

DOSSIER D'ADMISSION :

Renseignements concernant le patient

Date d'entrée : _____ Heure : _____

Chirurgien : _____

Médecin traitant : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ SEXE : F M

NÉ(E) le : _____ à _____

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)

Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e)

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____

E MAIL : _____

ACCIDENT DU TRAVAIL : NON OUI Date : _____

OU MALADIE PROFESSIONNELLE : NON OUI Date : _____

Personne à prévenir (obligatoire)

NOM : _____ Lien de parenté : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____

TUTEUR : OUI NON REPRÉSENTANT LÉGAL : OUI NON

CURATEUR : OUI NON

A remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

N° IMMATRICULATION : _____


DATE DE NAISSANCE : _____

PARTIE À COMPLÉTER EN INTEGRALITÉ ET À SIGNER

Je soussigné(e) Mme, M. _____ déclare :

- Avoir reçu le livret d'accueil de la clinique où figure notamment la charte du patient hospitalisé.
- Avoir été informé(e) des modalités de prise en charge de mon hospitalisation, de la non-gratuité des soins, des tarifs appliqués et du montant de ma participation financière éventuelle.
- Avoir été informé(e) du prix d'un repas accompagnant à **10,14 €**, à commander auprès des soignants.

- disposer d'une connexion WIFI Internet : OUI NON (5,00 €/jour)*

 La connexion au réseau WIFI n'est pas accessible pour les équipements de type tablette

- connaître la disponibilité d'un coffre dans la chambre ou, à défaut le coffre de la clinique, pour déposer tout objet de valeur. La clinique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- disposer de la télévision : OUI NON (7,00 € / jour)*
- choisir les degrés de confidentialité relatifs à mon séjour dans l'établissement :

Je souhaite : recevoir des communications téléphoniques OUI NON

recevoir des visites OUI NON

bénéficier d'un anonymat total OUI NON

***Les prestations hôtelières sont facturées pour chaque jour de présence.**

- choisir dans la limite des chambres disponibles :

HOSPITALISATION :

une chambre double

une chambre seule (selon disponibilité) (Supplément de 60 € / jour)

une chambre seule avec un lit accompagnant et petit déjeuner ...

60 € chambre seule + supplément de 20,00 €/nuît (lit accompagnant et petit déjeuner).

- disposer d'une ligne téléphonique pour appeler l'extérieur : OUI NON (1,11 € / jour pour une hospitalisation inférieure ou égale à 5 jours ; Forfait de 5,55 € pour une hospitalisation supérieure à 5 jours ; + Communications : 0,15 € l'unité)
- disposer d'une ligne téléphonique gratuite pour réception

AMBULATOIRE :

Depuis le 01/01/2017, il n'y a plus de tiers payant pour la part mutuelle (chambre seule, participation assuré et ticket modérateur).

chambre seule (selon disponibilité) : 25 € (Télévision non comprise). Voir les modalités de remboursement avec votre mutuelle

une chambre double

- disposer d'une ligne téléphonique pour appeler l'extérieur : OUI NON (1,11 € + Communications : 0,15 € l'unité).

FAIT À SENS, le _____

Signature : _____