

CLINIQUE PASTEUR	
294 Bd Charles de Gaulle, 07500 GUILHERAND GRANGES	
Tél. : 04.75.75.24.24	Fax : 04.75.44.19.83
CLINIQUE GENERALE	
15 rue Delpuech, 26000 VALENCE	
Tél. : 04.75.75.24.24	Fax : 04.75.75.67.47

Questionnaire de pré-admission

NOM : _____ Prénom : _____

Entrée Prévue le _____ à _____

Service _____

<p>VOUS POUVEZ EFFECTUER VOTRE ADMISSION EN LIGNE</p> <p>directement sur notre site internet : www.hpda.fr</p> <p><i>(Vous n'avez pas à remplir ce document si vous effectuez vos démarches en ligne. Vous le signalerez aux préadmissions lors de votre rendez-vous avec l'anesthésiste)</i></p>

<p>Si vous n'effectuez pas vos démarches en ligne, ce document est à remplir OBLIGATOIREMENT et à rapporter complété lors de votre rendez-vous en consultation d'anesthésie. Il devra être remis au bureau des pré- admissions de la Clinique Pasteur.</p> <p><i>(Une pré admission est obligatoire pour chaque nouveau séjour)</i></p>

<p>Attention : pour une maternité, effectuez vos formalités de pré admission à 24 semaines de grossesse.</p> <p>- Inscription en ligne sur notre site internet (www.hpda.fr) ou - Inscription sur place (Clinique Pasteur) : document à rapporter complété au bureau des entrées au RdC (7h30-18h00)</p>
--

HM OK	OUI	NON
Patient ALD	OUI	NON
CPD	OUI	NON
Si oui : SOLO	<input type="radio"/>	SOLO +
SOLO CONFORT	<input type="radio"/>	
Med. TT OK	OUI	NON
Livret accueil	OUI	NON

RDV Anesthésiste
le : _____

IDENTITE VERIFIEE : OUI NON	
Par :	Carte d'identité <input type="radio"/>
	Passeport <input type="radio"/>
	Carte de séjour <input type="radio"/>
	Livret famille <input type="radio"/>
	Visa _____

PIECES A FOURNIR

- Carte vitale à jour
- Une copie d'une pièce d'identité
- Une copie de votre carte mutuelle

FICHE D'ADMISSION

(à remplir très lisiblement)

Date d'entrée prévue : ____/____/____ à ____H____ Durée du Séjour : /____/ jours

Praticien : _____ Médecin traitant (généraliste) : _____

PATIENT

NOM

Prénom

NOM DE JEUNE FILLE

Né (e) le

à

SITUATION FAMILIALE

PROFESSION :

ADRESSE : Résidence ou lieu dit : _____

N° : _____ Rue : _____

C.P. : / / / / / / / Ville : _____ N° Tél. : _____

Adresse mail : _____ @ _____ N° Tél. : _____

PERSONNE A PREVENIR

NOM : _____ lien de parenté : _____ N° Tél. : _____

N° Tél. : _____

NOM : _____ lien de parenté : _____ N°Tél. : _____

N° Tél. : _____

ASSURE(E) SOCIAL(E)

NOM

Prénom

NOM DE JEUNE FILLE

Né(e) le

à

Adresse (si différente de celle du patient) : Rue : _____

Code Postal : / / / / / / / Ville : _____ Téléphone : _____

N° SS

--	--	--	--	--	--	--	--

Profession : _____

NOM et Adresse de l'Employeur : _____

Téléphone employeur : _____

MENTION OBLIGATOIRE

NOM et Adresse de l'Organisme de Sécurité Sociale dont vous dépendez (+ Carte vitale à jour)

NOM et Adresse de votre Mutuelle ou Régime Complémentaire (+ copie carte ou prise en charge)

N° Adhérent : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

* S'agit-il d'un accident du TRAVAIL ? Oui Non

Si OUI, date de l'accident : /___/___/___/

Date de rechute : /___/___/___/

Quelle est la caisse qui gère l'Accident du Travail : _____

* S'agit-il d'un accident causé par un Tiers ? Oui Non Date de l'accident : /___/___/___/

* Le patient est-il sous tutelle ? (Le tuteur devra être présent le jour de l'entrée) Oui Non

Coordonnées du tuteur : _____

* Le patient est-il sous curatelle ? Oui Non

Coordonnées du curateur : _____

ENGAGEMENT DU PATIENT HOSPITALISE

Le patient déclare choisir, selon les disponibilités de l'Etablissement :

l'hospitalisation en CHAMBRE PARTICULIERE Oui Non

Si je souhaite une chambre particulière, je m'engage à régler le montant du supplément journalier. Le supplément « chambre particulière » est facturable du jour d'entrée au jour de sortie inclus.

Les chambres particulières seront attribuées dans la mesure de leur disponibilité.

Les tarifs journaliers de nos chambres particulières sont de :

- SOLO (Chambre privative - TV en option) :
 - 75€ en chirurgie et Médecine
 - 70€ en Maternité (couchette papa offerte)
- SOLO + (TV, WIFI, Petit déjeuner plaisir) :
 - 85€ en chirurgie et Médecine
 - 80€ en Maternité (couchette papa offerte)
- SOLO CONFORT (TV, WIFI, set linge confort, trousse de bienvenue, presse, restauration plaisir, dîner accompagnant, lit accompagnant, petit déjeuner accompagnant) :
 - 170€ en chirurgie et Médecine
 - 165€ en Maternité (couchette papa offerte)
- Ambulatoire 40€ la chambre seule

Je m'engage également à payer directement à la clinique le montant des frais résultant des prestations annexes dont je souhaite bénéficier ou faire bénéficier les personnes m'accompagnant lors de mon séjour :

- Lit accompagnant
- Téléphone mis à ma disposition dans la chambre
- Télévision si chambre double ou SOLO Simple

Paiement des frais de séjour et honoraires praticiens

Ces frais engagés par moi-même à l'occasion de mon séjour dans l'établissement sont payables lors de la sortie. Tous les frais éventuellement engagés par la clinique aux fins d'actions de recouvrement de sa créance à l'égard de moi-même seront à ma charge.

Je m'engage à verser lors de mon entrée dans l'établissement une provision de _____ € et renouvelable selon la durée de mon séjour (cf. Article R6145-4 du Code de la Santé Publique).

DATE : /___/___/___/

SIGNATURE DU PATIENT

Précédée de la mention : « Lu et approuvé »

CAS PARTICULIERS

Certains actes de stomatologie 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 malade.

Les caisses des départements autres que celles de l'Ardèche et de la Drôme pouvant rembourser les frais d'hospitalisation à un tarif inférieur à celui de la Clinique, un acompte sera demandé aux malades relevant de ces caisses lors de leur entrée.

La loi instaure à la charge du malade un forfait journalier de **20 €** qui devra être réglé intégralement par le malade en l'absence d'assurance complémentaire le prenant en charge par tiers payant.

La clinique dispose d'un service téléphonique permettant d'appeler et d'être appelé directement dans votre chambre. Dès votre admission, il vous sera attribué un numéro personnalisé.

Le coût de vos communications est à votre charge.

Il est recommandé aux patients de n'emporter aucun objet de valeur ni argent. En cas de besoin, un coffre est mis à disposition. La responsabilité de la Clinique ne peut être engagée que pour les objets déposés au coffre de la Clinique.

INFORMATION

Tous les médecins qui exercent à la Clinique Pasteur sont conventionnés avec la Sécurité Sociale.

Un certain nombre d'entre eux sont conventionnés avec honoraires libres (secteur 2 de la convention).

Cela signifie que le médecin pourra vous demander des suppléments d'honoraires qui ne seront pas remboursés par votre caisse de Sécurité Sociale.

Ils sont en général pris en charge par les organismes complémentaires (assurances ou mutuelles).

Enfin, le système du tiers payant est appliqué avec les organismes qui l'autorisent. Cela signifie que ces organismes règlent directement à la clinique les honoraires conventionnels et les frais d'hospitalisation vous concernant.

LES HOTESSES D'ACCUEIL SONT A VOTRE DISPOSITION POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE.