

## Document d'information à conserver par le patient

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de suivre les indications suivantes :

### Compléter le dossier de pré admission qui doit obligatoirement comporter :

1. Copie de l'attestation de sécurité sociale
2. Copie recto/verso de votre carte mutuelle
3. Copie recto verso de votre pièce d'identité (passeport ou pièce d'identité) en cours de validité
4. Fiche administrative complétée (Formulaire n°1 et n°2)  
**Ce document doit être obligatoirement accompagné de la copie de votre ordonnance en cours.**
5. Un chèque de caution de 200€ à l'ordre de la Clinique de Verdaich
6. Si vous souhaitez la chambre individuelle joindre également un chèque de caution de 1200€) à l'ordre de la Clinique de Verdaich

**Ces chèques vous seront restitués 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.**

Par ailleurs, nous vous demandons de nous fournir :

- votre ordonnance médicamenteuse

*Nous vous rappelons qu'il est interdit de prendre d'autre traitement que ceux fournis par l'établissement.*

**Renvoyer le dossier COMPLET 10 jours avant la date programmée de votre admission**  
(à défaut, votre demande d'hospitalisation ne pourra pas être prise en compte)

**Par courrier** à l'adresse suivante :  
Clinique de Verdaich  
Service des Admissions  
31550 GAILLAC TOULZA

**Par Mail** : [a.franc@clinique-verdaich.com](mailto:a.franc@clinique-verdaich.com)  
(dans ce cas les chèques de caution vous seront demandés à l'admission)

### Se renseigner sur vos conditions de prise en charge 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), du forfait d'admission, du forfait hospitalier et de la chambre particulière (tarifs ci-joint).

Il est important de **connaître vos droits** avant votre entrée.

#### **Pour cela, spécifiez à votre organisme complémentaire :**

Le numéro FINESS de l'établissement : 310781984

Le secteur d'hospitalisation :

- Affections de l'appareil locomoteur (DMT 172)
- Affection du système nerveux (DMT 178)
- AVC (DMT 627)

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 7€/jour).

#### **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

- Si vous percevez l'ACS (Aide Complémentaire Santé) de l'Assurance Maladie, les frais de Chambre Particulière restent intégralement à votre charge, quelque soit le contrat signé avec votre mutuelle.

Enfin, à défaut de prise en charge ou en cas de couverture partielle, nous vous présenterons des factures de façon mensuelle.

## Document d'information à conserver par le patient

### Le jour de l'entrée

Vous devez vous présenter au bureau des Entrées avec les originaux suivants :

- votre carte vitale,
  - votre carte mutuelle (validité en cours),
  - votre pièce d'identité
- les éléments de votre dossier médical dont vous disposez : examens biologiques, examens d'imagerie, compte rendu d'hospitalisation récents.

### Informations IMPORTANTES :

A votre arrivée, un bracelet d'identification sera placé à votre poignet. Il nous permet de vous identifier à toutes les étapes de votre hospitalisation. Veuillez le conserver jusqu'à votre sortie. Par ce dispositif, nous souhaitons vous offrir une mesure de sécurité supplémentaire en terme d'IDENTITOVIGILANCE.

Dans le cadre de votre rééducation, il vous sera demandé de vous munir :

- d'un survêtement ou pantalon ample
- de chaussures de sport
- d'un maillot de bain
- d'un bonnet de bain
- d'un peignoir de bain
- nécessaire de toilette dont gel douche liquide, serviette de toilette et gants

*Nous vous informons que notre établissement ne fournit que les draps et les couvertures*

### Autorisation de sortie :

Des autorisations de sortie à but thérapeutique peuvent être accordées, compte tenu de la longueur du séjour et de l'état de santé du patient.

Elles seront toujours inférieures à 48 heures et au rythme **d'une fois par mois**. La place étant conservé, vous aurez à acquitter certains frais correspondants à l'immobilisation (notamment de la chambre particulière).

Des permissions de moins de 12h seront accordées :

- le samedi après les soins de rééducation jusqu'à 20h30
- le dimanche et les jours fériés de 9h00 à 20h30

Toute sortie de l'établissement doit être soumise à autorisation médicale écrite.

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.

Angélique FRANC  
Service des admissions

Document d'information à conserver par le patient

<b>Informations Tarifs</b>	<b>Prix de Journée TTC applicable au 1er/03/2018</b>	<b>Chambre particulière / jour</b>
Locomoteur	158,89 €	45 €
A.V.C	187,53 €	45 €
Centre De Neurologie	190,57 €	45 €
Unité D'éveil	415,71 €	45 €
Evc. – Pr	314,96 €	45 €
½ Internat	117,04 €	
Forfait Journalier	20,00 €	
Forfait Jour D'entrée	58,31 €	
Forfait Jour D'entrée Evc – Pr	59,63 €	
Participation Assure A L'hospitalisation	24,00 €	
PMSI (Forfait Semaine)	5,79 €	
Pharmacie	Montant variable	

### Prestation restant à la charge du patient

TELEVISEUR	3,70 € / jour
TELEPHONE	0,182€ par impulsion France TELECOM

### FRAIS ACCOMPAGNATEUR (au pavillon)

Pension Complète	45,00 € / jour
Au delà d'un mois	38,00 € / jour
Tarif nuit	30,00 €

### Repas accompagnateur (uniquement le week-end)

Adulte	13,00 €
Enfant - 10ans	8,00 €

Bonnet de bain	2,00 €
----------------	--------

Un service de lingerie payant est à votre disposition, le détail des tarifs vous sera fourni à l'entrée

Formulaire N°1 (Administratif) – A RENVoyer 10 jours avant la date programmée de votre admission

Nom de naissance : ..... Nom Marital : .....

Prénoms : ..... Date de naissance : / /

Sexe :  M  F

Votre adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Port : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : .....@.....

**CAISSE DE SECURITE SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE (nom et adresse) :**

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

Nom et prénom de l'assuré(e) si différent du patient : .....

Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_

Bénéficiaire : Assuré(e)  Conjoint  Enfant  Concubin(e)  Ascendant

Etes-vous à 100% ?  OUI  NON

Etes-vous bénéficiaire de l'ACS (Aide complémentaire Santé) ?  OUI  NON

**MUTUELLE (nom et adresse) :**

.....  
.....

N° Tel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° Fax : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Protection Juridique :**  Sous Curatelle  Sous Tutelle  Autre : .....  
 En Cours

**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 : .....

**Médecin Traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Coordonnées de votre pharmacie :**

Nom : ..... N° Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Formulaire N°2 (Administratif) – A RENVoyer 10 jours avant la date programmée de votre admission

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

désigne la personne de confiance suivante :

### Désignation de la personne de Confiance :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L.111-6) vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance.

*"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions."*

La désignation de la personne de confiance :

- Doit être une décision réfléchie
- Peut être révoquée à tout moment ou remplacée par une autre personne
- Est valable pour la durée de l'hospitalisation
- Doit se faire par écrit
- N'est pas obligatoire, le médecin s'adressera alors aux membres les plus proches de votre famille

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
 .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien de parenté : ..... Mail : .....@.....

**Signature patient :**

**Signature de la personne de confiance :**

### Autre coordonnée de la famille / personne à contacter :

Noms – Prénoms – lien de parenté	Adresse	Téléphone

### 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 (caution 1200€)

(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).