

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation Complète**Document de PRÉ-ADMISSION****Les documents obligatoires pour préparer votre admission :**

- Photocopie de votre carte d'identité (recto / verso)
- Photocopie de l'attestation à jour de la caisse d'affiliation (CPAM, MSA, RSI, MGEN...)
- Photocopies de votre carte de mutuelle (recto / verso)
- Fiche de condition d'admission (document ci-joint) renseignée et signée
- Si votre séjour fait suite à un accident de travail : copie du justificatif correspondant (courrier de votre caisse d'affiliation, déclaration d'accident de travail établie par votre employeur...)
- Dans le cas de l'admission d'un patient majeur protégé : Carte d'identité du représentant légal + photocopie du jugement + autorisation d'hospitalisation

Nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer ces informations dans les plus brefs délais et avant votre entrée au CRPA :

@ : secretariat-medical.crupa@vyv3.fr

 : Centre de Réadaptation pour Personnes Agées
87 route d'Albi
81 340 Valence d'Albigeois

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation Complète

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

Hospitalisation Complète

PATIENT :

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Email (Obligatoire : *inscription logiciel administratif + transmission uniquement à la Haute Autorité de Santé pour l'envoi de l'enquête nationale de satisfaction e-satis*): _____

Médecin traitant : _____

ÉTIQUETTE DU PATIENT

Mesure de protection judiciaire : Sans protection Curatelle Tutelle

Le cas échéant : coordonnées du tuteur / curateur : _____

Date d'entrée prévue en hospitalisation : _____ à _____ h _____

► RAPPEL DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A TRANSMETTRE

- Photocopie de votre **carte d'identité** (recto / verso)
- Photocopie de l'**attestation à jour de la caisse d'affiliation** (CPAM, MSA, RSI, MGEN...)
- Photocopies de votre **carte de mutuelle** (recto / verso)
- Si votre séjour fait suite à un **accident de travail** : justificatif correspondant (courrier de votre caisse d'affiliation, déclaration d'accident de travail établie par votre employeur...)
- Dans le cas de l'admission d'un patient **majeur protégé** : Carte d'identité du représentant légal + photocopie du jugement + autorisation d'hospitalisation

► PERSONNE A PREVENIR

Les informations communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

Nom et Prénom : Téléphone :

Adresse :

E-mail :Lien avec le patient :

► L'AUTORISATION D'INFORMER DE MA PRÉSENCE A TOUTE PERSONNE

- Je donne l'autorisation d'informer de ma présence dans l'établissement
- Je ne donne pas l'autorisation d'informer de ma présence dans l'établissement. Ainsi, aucune communication téléphonique, visite ne me sera adressée par le personnel de l'établissement.

► LE DÉPÔT D'ARGENT OU D'OBJETS DE VALEUR, JE DECLARE :

Je prends note de ne pas amener objets ou valeurs (bijoux, alliance, multimédia, téléphone, chéquier, argent liquide, CB, etc. ...).

Dans le cas contraire, j'ai la possibilité de les déposer au coffre le jour de mon hospitalisation. En cas de perte ou de vol, la responsabilité de l'établissement ne sera pas retenue.

► IDENTITOVIGILANCE - PORT DU BRACELET D'IDENTIFICATION :

Le bracelet d'identification est un dispositif d'identification ; rendu obligatoire par notre certification.

Je m'engage à porter le bracelet tout au long de mon séjour Oui Non

Dans le cas contraire, je serai reçu par la Direction – qui se réservera le droit de mettre fin à mon séjour.

TOURNEZ SVP



FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

Hospitalisation Complète

► LES PROTHESES :

Je porte une prothèse dentaire, auditive, lunettes Oui Non

Si oui, je m'engage à en informer le personnel du service. L'établissement n'est pas responsable en cas de perte ou de vol de celle-ci.

► TRANSPORTS EN AMBULANCE / VSL (Hors transports à la charge du CRPA) :

Dans le cadre du respect du libre choix, et à défaut de demande expresse écrite de ma part, j'autorise l'établissement à choisir et faire appel à un organisme de transport agréé Oui Non

► MON ESPACE SANTE

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé, qui a vocation à devenir votre carnet de santé numérique. Il permet de conserver en ligne vos documents / données de santé et de les partager en toute sécurité avec les professionnels de santé qui vous accompagnent. Ce service garantit la confidentialité et la protection de vos données de santé.

<https://www.monespacesante.fr/>

ou ☎ 3422.

Dans le cadre de votre prise en charge, notre établissement adressera le compte rendu d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie dans la rubrique dossier médical de votre Espace Santé.

J'accepte l'envoi de ces documents sur Mon Espace Santé Je refuse

► JE M'ENGAGE A REGLER L'ETABLISSEMENT :

LES FRAIS QUI NE SERAIENT PAS PRIS EN CHARGE par les caisses d'Assurance Maladie ou d'autres organismes payeurs (Forfait journalier, tickets modérateurs, ...).

Faute de prise en charge, je règle ces frais.

LA CHAMBRE PARTICULIERE : 49 € /j (avec Wifi)

Je souhaite la chambre individuelle Je souhaite la chambre double

Pour la chambre individuelle, à défaut de prise en charge (en partie ou en totalité) par la mutuelle, je règle à chaque fin de mois et à la sortie les frais de ma chambre particulière (sauf exception médicale imposant votre séjour en chambre seule). En cas d'arrêt de la couverture de cette prestation par votre mutuelle pendant votre séjour, vous garderez le choix d'être transféré en chambre double ou en chambre seule en vous acquittant du prix journalier de la chambre particulière. Les chambres individuelles seront attribuées sous réserve de leurs disponibilités. En cas de sortie temporaire pour convenance personnelle, au cours de l'hospitalisation, la chambre particulière continue de faire l'objet d'une facturation journalière, ainsi que les prestations annexes, dès lors que celle-ci est laissée à la disposition du patient et qu'il peut, sous réserve des règles fixées par le règlement intérieur, la regagner quand il le souhaite.

LE TELEPHONE

Vous pouvez si vous le souhaitez, disposer d'un **numéro d'appel direct et d'un forfait d'appel téléphonique**. Je m'engage à régler le montant des communications effectuées ; y compris les n° sur-taxés.

UNE CONNEXION WIFI (hors demande de chambre particulière) 3 € / jour ou 30 € le mois

Je m'engage à régler le montant correspondant

LA TELEVISION 2.40 € / jour du 1^{er} au 90^e jour. (0.60 € /jour à compter du 91^e jour)

Mise en service auprès des hôtesses d'accueil avec paiement d'une avance de 20€.

Je m'engage à régler la télévision selon les tarifs ci-dessus.

En chambre double, si je désire la télévision, je dois m'équiper obligatoirement d'un casque afin de respecter la convalescence de chacun. Ce casque me sera remis par l'hôtesse.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance de ce document et en accepter le contenu.

Date

Signature du patient (ou du représentant légal / Tuteur) :

En cas de patient sous curatelle : signature du patient et du curateur