

DOSSIER DE PRE-ADMISSION HOSPITALISATION

MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT EN JOIGNANT LES COPIES DES PIECES DEMANDEES, PUIS DE LES RETOURNER DANS LES MEILLEURS DELAIS SOIT :

✓ PAR COURRIER A

CLINIQUE JOUVENET – SERVICE PRÉ-AD HOSPI
6 SQUARE JOUVENET – U75016 PARIS

✓ LORS DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE : | | | | |

ADRESSE :

.....

N° DE TELEPHONE : DOMICILE : | | | | |

BUREAU : | | | | |

PORTABLE : | | | | |

INTERVENTION

NOM DU CHIRURGIEN :

DATE D'ENTREE :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- UNE PHOTOCOPIE RECTO-VERSO DE VOTRE CARTE D'IDENTITE
- UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE **ATTESTATION** CARTE VITALE **AVEC VOS DROITS A JOUR** (SI VOTRE ATTESTATION N'EST PAS A JOUR, TELEPHONER A VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE QUI VOUS EN FERA PARVENIR UNE TRES RAPIDEMENT).
- UNE PHOTOCOPIE RECTO-VERSO DE VOTRE CARTE DE MUTUELLE

CAS PARTICULIERS (A JOINDRE EN PLUS DES PIECES PRECEDENTES) :

- ACCIDENT DE TRAVAIL** : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU VOLET 1 DE VOTRE TRIPTYQUE A.T.
- COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE** : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION AVEC VOS DROITS A JOUR. VOUS POUVEZ DEMANDER CETTE ATTESTATION DANS N'IMPORTE QUEL GUICHET DE SECURITE SOCIALE.

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE : | | | | |

ADRESSE :

.....

N° DE TELEPHONE : DOMICILE : | | | | |

 BUREAU : | | | | |

 PORTABLE : | | | | |

 AUTRE : | | | | |

LIEN DE PARENTE AVEC LE PATIENT (COCHER LA MENTION UTILE) :

CONJOINT ENFANT AUTRE

N° DE SECURITE SOCIALE : | | | | | | | | |

N° DU CENTRE :

ADRESSE :

.....

MUTUELLE

IL VOUS APPARTIENT DE VOUS RAPPROCHER DE VOTRE MUTUELLE AFIN QU'ELLE VOUS DELIVRE, AVANT VOTRE HOSPITALISATION, UNE PRISE EN CHARGE. MERCI DE NOUS FAXER CE DOCUMENT DANS LES MEILLEURS DELAIS, AU 01.42.15.40.39.

ATTENTION : SI NOUS NE POSSEDONS PAS DE PRISE EN CHARGE LORS DE VOTRE SORTIE, VOUS SEREZ DANS L'OBLIGATION DE FAIRE L'AVANCE DES FRAIS COMPLEMENTAIRES.

CAS PARTICULIERS

ACCIDENT DE TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

DATE DE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL : | | | | |

DATE DE VOTRE MALADIE PROFESSIONNELLE : | | | | |

EMPLOYEUR :

COORDONNEES DE L'ORGANISME QUI COUVRE VOTRE ACCIDENT DU TRAVAIL :

.....

.....

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. : OUI NON

AIDE MEDICALE

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'AIDE MEDICALE : OUI NON

CONDITIONS D'ADMISSIONS

Je soussigné(e)

NOM : **PRENOM** :

Qualité (père, mère, tuteur légal) :
(à compléter par les parents pour l'enfant mineur ou le représentant légal pour le majeur incapable) :

déclare avoir pris connaissance des modalités de prise en charge énoncés dans le livret d'accueil.

Déclare m'engager à régler directement à la Clinique Jouvenet les frais d'hospitalisation (forfait journalier de 18€*, forfait PAT de 18€*, ticket modérateur) déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers-payants, les suppléments divers (chambre, téléphone, ...) et tous les frais éventuellement engagés par la clinique aux fins d'actions de recouvrement de sa créance à l'égard de moi-même.

Déclare m'engager à déposer un chèque de caution d'une valeur de 400€ (lorsque j'ai fourni une prise en charge mutuelle) ou de 1000€ (dans le cas où je n'ai pas fourni à l'établissement une prise en charge mutuelle), le jour de mon entrée. Ce chèque me sera restitué le jour de ma sortie, si mon dossier est complet.

Donne mandat à la Clinique Jouvenet d'acquiescer pour mon compte ou celui de

.....
(à compléter si enfant mineur ou majeur incapable) les prothèses éventuellement nécessitées par l'intervention chirurgicale qui doit être pratiquée dans votre établissement. Par prothèse, il convient d'entendre toute plaque, vis, ligament synthétique, implants ou autres matériels dont votre chirurgien aurait l'usage au cours de votre intervention. Ces matériels sont bien entendu pris en charge par la Sécurité Sociale.

Fait le :

Signature :

* Selon les tarifs en vigueur au moment de votre hospitalisation

DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Nom et Prénom du patient :

Au cours de la consultation préalable à mon hospitalisation dans votre établissement, j'ai été informé(e) par le docteur :

que ses honoraires et ceux de l'anesthésistes étaient supérieurs aux tarifs conventionnés, comme l'autorise la convention « secteur II » de la sécurité sociale.

Ce dépassement d'honoraires est un acte conventionnel reconnu par la sécurité sociale qui, bien que n'en assurant pas le remboursement, en a connaissance ainsi que les services fiscaux.

Le dépassement d'honoraires du chirurgien s'élève à Euros.

Le dépassement d'honoraires de l'anesthésiste s'élève à Euros.

Il vous appartient de vous renseigner auprès de votre mutuelle des conditions de remboursement.

Ces honoraires devront être réglés lors de votre sortie⁽¹⁾. Une facture acquittée vous sera remise ainsi que le bordereau AMC pour votre remboursement éventuel auprès de votre mutuelle.

Fait à Paris, le

Signature du patient

⁽¹⁾ Pour tout règlement par chèque, celui-ci devra être établi à l'ordre de la Clinique Jouvenet.

