Pavillon de la Mutualité
Mutualité Française Gironde
Clinique Mutualiste de Pessac

Membre de VYV

FORMULAIRE ADMINISTRATIF PATIENT

« PREPARER AU MIEUX VOTRE SEJOUR POUR MIEUX LE VIVRE »

Pour effectuer vos démarches administratives, merci de **nous transmettre**, **au moins 7 jours avant votre hospitalisation, les documents suivants** :

- Le **formulaire administratif complété**
- Un justificatif **d'identité**
- Votre carte **vitale**
- Votre carte de **mutuelle**
- Le formulaire de **Consentement Mutuel Eclairé** rempli et signé
- Le formulaire **de Désignation de la Personne de Confiance** rempli et signé
- *Devis signé (si concerné)*

Vous pouvez effectuer ces démarches administratives sur votre espace patient. Ou transmettre vos documents **au bureau des préadmissions,** sur place, **ou** par **mail** à l'adresse suivante : preadmission-pessac@pavillon-mutualite.fr

INFORMATIONS SUR LE SEJOUR :

Nom de votre praticien :

Date d'entrée **:**

Service :

INFORMATIONS SUR LE PATIENT :

Nom de Naissance :

Nom utilisé :

Prénom :

Prénom utilisé :

Sexe :

Nom du médecin traitant :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Mail :

Téléphone :

DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE

Avez-vous besoin d'être accompagné-e par un proche, un aidant lors de votre séjour dans l'établissement ?

OUI ☐ NON ☐

CONTACT REFERENT HANDICAP : MME TILHET 06.64.34.30.57

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DROITS DU PATIENT :

N° de Sécurité Sociale :	**Mutuelle :**
Nom de la Caisse : Code grand régime : Adresse :	N° adhérent : Adresse :

Merci de fournir une attestation si vous bénéficiez de la C2S ou d'un accident de travail en rapport avec votre hospitalisation.

Bénéficiez-vous d'une ALD (Affection Longue Durée) ? OUI ☐ NON☐

Votre ALD est-elle en rapport avec votre hospitalisation ? OUI ☐ NON ☐

PRESTATIONS DE CONFORT - HOSPITALISATION COMPLETE

Souhaitez-vous une chambre particulière : OUI ☐ NON ☐

	Solo	Confort	Confort +
Chambre privative	√	√	√
Télévision		√	√
Wifi	√	√	√
Téléphone	√	√	√
Trousse de Toilette			√
TOTAL	**75€***	**80€***	**90€***
Votre Choix	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables du 1er jour du séjour jusqu'au jour de sortie inclus. La chambre particulière et bien sûr sous réserve de disponibilité et de changement de tarifications qui peuvent s'appliquer sur l'année en cours.

Selon l'article 111-3-4 du code de la santé publique les établissements de santé ne peuvent facturer au patient que les frais correspondants aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus aux articles L. 162-22-3 et L. 162- 23-1 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées. Selon le décret n°2019-719 du 8 Juillet 2019, en cas d'hospitalisation, l'installation d'un patient dans une chambre particulière peut donnent lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation y compris le jour de sortie.

SERVICES A LA CARTE :

	Ouverture de ligne téléphonique	Wifi	Télévision	Lit accompagnant + petit déjeuner
Tarif	**Service Gratuit**		**6€** / jour	**30€** / jour (Sous réserve de paiement aux admissions)
Choix patient			☐	☐

AUTRES INFORMATIONS :

Participations liées à votre hospitalisation sur demande de prise en charge auprès de votre mutuelle pour acceptation. Le patient s'engage à s'acquitter de tous les frais que sa mutuelle ne prendra pas en charge à savoir :

- Forfait Journalier 20€/jour
- Forfait journalier de sortie 20€ jour de sortie
- Participation forfaitaire 24€

Acte de chirurgie esthétique et chirurgie non pris en charge par la sécurité sociale sur devis. N'hésitez pas à contacter votre mutuelle pour vous informer sur le remboursement éventuel.

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs pour exigence particulière proposés aux patients à ma charge et/ou à celle de ma complémentaire santé, et reconnais avoir choisi la prestation optionnelle en cochant la case correspondante.

Fait à Pessac le :
Signature du patient :

INFORMATIONS RELATIVES AUX OBJETS DE VALEURS :

J'ai été informé(e) de la possibilité de déposer mes objets de valeurs, moyens de paiement, papiers d'identité, et dispositifs médicaux (lunettes, appareils auditifs, appareil dentaires) au coffre de la Clinique.