

NOM : .....	NOM DE JEUNE FILLE : .....
PRÉNOM : .....	Date de Naissance : ...../...../.....
Médecin : Dr .....	Date d'entrée : ...../...../.....
Adresse du domicile : .....	
Tél : ...../...../...../...../.....	
Sécurité Sociale - Nom : .....	
Adresse : .....	
N° de sécurité sociale : .....	
Mutuelle – Nom : ..... Tél : ...../...../...../...../.....	
N° adhérent : .....	
Médecin traitant -Nom : Dr .....	
Adresse : .....	
Pouvons-nous adresser votre compte-rendu d'hospitalisation à votre médecin traitant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<p style="color: red;">Souhaitez-vous participer à l'enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés (e-SATIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="color: red;">Si Oui, un questionnaire vous sera envoyé par mail. Merci d'inscrire votre adresse mail.</p>	
Adresse email : .....@.....	

### VOS FRAIS DE SEJOUR :

Frais d'hospitalisation (non pris en charge par la sécurité sociale)* <small>*Montants fixés par voie réglementaire</small>	Forfait journalier 20€ / jour + Participation assuré 18€ + Ticket modérateur		
Chambre Individuelle, selon disponibilité (télévision et wifi incluses)	Chambre Particulière	Chambre Confort	Chambre Premium
	220 € / nuit	450 € / nuit	640 € / nuit
Lit accompagnant	50 € par nuit avec petit déjeuner		OUI – NON
Un chèque de caution de 40 euros vous sera demandé pour la remise de la télécommande pour la télévision			

	Dépassement d'Honoraires	QUI REMBOURSE ?
Votre Médecin	A ETABLIR AVEC LE MEDECIN LORS DE LA CONSULTATION	La Mutuelle selon votre contrat
L'Anesthésiste		

Si votre mutuelle ne prend qu'une partie des frais vous devrez, le jour de votre départ, régler la chambre particulière. La prise en charge devra nous être faxée au 01 40 54 92 47. Les honoraires de tous les intervenants devront être réglés lors de votre sortie.

**La prise en charge de la mutuelle doit impérativement nous parvenir au plus tard le jour de votre sortie.**

**Après votre sortie, la prise en charge ne sera plus acceptée.**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....

Déclare avoir, préalablement à mon admission :

- été informé(e) des conditions de remboursement des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie
- eu connaissance du montant des suppléments pour la chambre particulière, lit accompagnant, dépassements d'honoraires des médecins, etc....

Je m'engage à régler directement à l'Etablissement (en l'absence de mutuelle), ces suppléments, voire l'intégralité des frais d'hospitalisation si je ne suis pas pris(e) en charge par un organisme de tiers payant. Une attestation de paiement me sera adressée à mon adresse domicile.

Je déclare être informé(e) de ce que, en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou des praticiens autorisés à des dépassements d'honoraires conventionnels, je pourrais supporter de ce fait, des suppléments d'honoraires.






Aucune réclamation concernant le règlement pour la clinique ne sera acceptée après la sortie. Veuillez vérifier les montants au moment du règlement.

LES RÈGLEMENTS SE FONT PAR CHÈQUE (1 chèque pour chaque intervenant, prévoir 5 à 6 chèques), ESPECES ou CARTE BLEUE.

Date :

Signature :

## DOCUMENTS NECESSAIRES

-  **L'ATTESTATION DE CARTE VITALE** (validité depuis moins de 2 mois)
-  **L'ATTESTATION CMU** (si vous en êtes bénéficiaire)
-  **UNE PIECE D'IDENTITE** (Carte d'identité, passeport ou carte de séjour)
-  **PRISE EN CHARGE MUTUELLE** : Demandez à votre mutuelle de nous faxer une prise en charge au 01 40 54 92 47
-  **UN CHEQUE DE CAUTION DE 300 EUROS**

### VISITES AUTORISÉES de 14 h à 20 h pour la FAMILLE et les VISITEURS

CES HORAIRES DOIVENT ETRE RESPECTES POUR VOTRE REPOS ET VOTRE SECURITE

**AFIN D'EVITER LES RISQUES D'INFECTIONS NOSOCOMIALES, LES FLEURS COUPEES OU EN POT SONT INTERDITES AU SEIN DE LA CLINIQUE**

- Une liste des différents ministres du culte est à votre disposition à l'accueil en cas de besoin
- La clinique décline toute responsabilité en cas de vols, de pertes, de détériorations d'objets personnels qui n'auraient pas été remis au coffre au moment de l'admission

*NOUS ESPERONS QUE NOTRE ACCUEIL ET NOS COMPETENCES VOUS ASSURERONT  
UN SEJOUR TRES AGREABLE*

**Date :**

**Signature :**

Je soussignée, Madame :

Certifie,

1. Avoir été informée des tarifs applicables ainsi que des conditions de remboursements des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie (et ma mutuelle complémentaire),
2. Avoir pris connaissance du montant des suppléments pratiqués pour chambre individuelle et avoir opté pour :

**Chambre Particulière**       **Chambre Confort**       **Chambre Premium**  
220 €                                      450 €                                      640 €

3. Avoir noté qu'un coffre individuel sera mis à ma disposition lors de mon hospitalisation mais que la clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable de la perte ou vol d'objet de valeur ou d'argent qui n'auront pas été déposés dans le coffre.
4. Avoir été informée des tarifs applicables pour mise à disposition d'un lit et/ou de repas pour personne accompagnante pour lesquels une facture particulière me sera éventuellement remise à ma sortie ; ainsi que pour les prestations supplémentaires facturées.
5. Avoir été informée que la clinique n'accepte que les prises en charge mutuelle qui couvrent la totalité des suppléments hôteliers et qu'en cas de prise en charge partielle, je devrais avancer les règlements de ces suppléments hôteliers pour lesquels une facture me sera délivrée pour me permettre d'être ensuite remboursée par ma mutuelle complémentaire.
6. Avoir été informée que la plupart des praticiens (Chirurgien, Anesthésiste, et éventuellement Ostéopathe), qui exercent au sein de la clinique sont autorisés par convention avec les caisses d'assurances maladie à pratiquer des dépassements d'honoraires que je devrais leur régler, par l'intermédiaire du secrétariat de la clinique, lors de ma sortie et pour lesquels une facture me sera remise afin de me faire rembourser par ma mutuelle selon les conditions particulières de mon contrat. (les prises en charge des mutuelles pour les dépassements d'honoraires ne sont pas acceptées).

**Le montant de ces dépassements doit, conformément à la réglementation en vigueur, vous être communiqué, par écrit, par chacun des praticiens, préalablement à l'admission.**

7. La divulgation de présence  
 J'Autorise la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour  
 Je n'autorise pas la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour

Lu et approuvé

Le :

Signature :

**CLINIQUE SAINTE THÉRÈSE**  
9 rue Gustave Doré 75017 Paris  
☎ 01.44.01.00.50      ☎ 01.40.54.92.47  
Métro : Wagram – Pereire / Bus 31- 94 / RER C : Pereire

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L111-6 du Code de la Santé Publique et de la loi du 22 avril 2005, tout patient majeur peut désigner une personne de confiance.

### Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- ◆ Accompagner la personne hospitalisée dans ses démarches et notamment l'assister, si cette dernière le souhaite, au cours des entretiens médicaux, pour l'aider dans ses décisions.
- ◆ Avoir un rôle consultatif dans le cas où la personne hospitalisée serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. La personne de confiance témoigne d'indications qui lui auraient été données par la personne malade, mais ne peut se substituer à elle, c'est à dire consentir ou refuser en ses lieux et place. La personne de confiance n'est pas non plus titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé de la personne hospitalisée et ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier médical.

Je, soussigné, .....

### ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à sa désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

### souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM MARITAL : .....Prénom : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

Date et lieu de naissance: .....

Adresse: .....

.....

N° de portable: ..... N° de fixe: .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche    Un parent    Mon médecin traitant

J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

## DESIGNATION DE LA (DES) PERSONNE(S) A PREVENIR

Je peux également désigner une ou plusieurs personnes que l'établissement pourra contacter en cas de nécessité.

- ◆ La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif.
- ◆ La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

Nom : .....Prénom:.....

Adresse : .....

N° de portable : .....N° de téléphone : .....

**Directives anticipées :** Vous avez la possibilité, si vous êtes majeur, d'établir des directives anticipées précisant les conditions que vous souhaitez voir appliquer à la fin de votre vie dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rempli sur papier libre et peut être conservé dans votre dossier médical, confié à votre médecin traitant ou à votre personne de confiance.

## INFORMATIONS MEDICALES : la prise de médicaments

### **Pourquoi est-il dangereux de prendre des médicaments sans l'avis du médecin ou de l'équipe soignante ?**

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, votre physiologie, notamment le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.

En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou sont même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

**Ainsi, l'utilisation de médicaments autres que ceux prescrits et délivrés par l'établissement est interdite.**

### **Comment pouvez-vous diminuer le risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments ?**

- ◆ Pensez à emporter avec vous vos ordonnances et/ou vos médicaments personnels et à les remettre à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (y compris collyre, pommades ...)
- ◆ Vous ne devez pas prendre ou arrêter de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus sans ordonnance
- ◆ Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise.
- ◆ N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

## ENGAGEMENT DU PATIENT CONCERNANT SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU COURS DE SON HOSPITALISATION

Je soussigné(e) :..... m'engage à ne pas prendre d'autres médicaments que ceux prescrits et délivrés par l'établissement et à remettre aux infirmières les ordonnances et /ou tous mes médicaments concernant mon traitement habituel.

Fait à : ....., le .....

Signature du patient (ou de ses représentants légaux) :