LA PLAINE santé

FICHE D'ADMISSION POUR HOSPITALISATION COMPLÈTE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

CE DOCUMENT EST À COMPLÉTER ET À TRANSMETTRE* à la Clinique LA PLAINE santé, **10 jours au moins avant le jour de votre entrée**, **accompagné impérativement de :**

- Votre carte vitale ou votre attestation de carte vitale (feuille jointe à la carte vitale),
- Votre carte de mutuelle,
- **Votre carte d'identité, ou carte de séjour, ou passeport, à défaut votre livret de famille.**

* ***Vous pouvez :***

- Déposer vos documents au standard de la clinique, du lundi au vendredi entre 8h et 19h30 et le samedi entre 8h et 12h30
- Ou envoyer vos documents par courrier postal : Service pré-admission, 123 bd Étienne Clémentel, 63100 Clermont-Ferrand
- Ou envoyer vos documents par mail : admission@plainesante.fr
- Ou à compter du 1er décembre 2019, opter pour la pré-admission en ligne, pré-inscription sur https://plainesante.fr

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À RAPPORTER le jour de l'entrée complétés et signés, à remettre à l'infirmière :

- Le consentement à la chirurgie ou l'autorisation d'opérer pour les mineurs et les incapables majeurs
- Le consentement à l'anesthésie
- La désignation de la personne de confiance pour les adultes

INFORMATION : *Le jour de votre entrée à la Clinique LA PLAINE santé, il vous sera réclamé :*

- ***11.00 € de Forfait Parcours Patient*** *: en contrepartie des démarches effectuées par la Clinique, en amont et / ou en aval de votre séjour dans l'établissement : avant votre admission, l'accès au tiers payant ou facilités de règlement / en sortie de séjour, pour faciliter votre retour à domicile (services sociaux, service à domicile, hébergement post hospitalisation, réservation de taxi, transports, réseaux de ville)*
- ***24 €*** *suite à la circulaire n° DSS/2A/2006/290 du 03.07.2006, mis en place à compter du 1er septembre 2006, (si votre mutuelle ne le prend pas en charge)*

Signature

Nom du chirurgien : .....

Date et heure d'entrée : .....

Nom du médecin traitant : ..... **Adresse :** .....

Nom du patient : ..... **Prénom :** .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe : ◯ F ◯ M

Adresse : .....

Code postal : |.....|.....|.....|.....|.....| Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse mail : ..... @ .....

- Déjà hospitalisé(e) à La Plaine ? ◯ OUI ◯ NON
- Invalidité reconnue par la SS ◯ OUI ◯ NON
- Invalidité reconnue par la COTOREP ◯ OUI ◯ NON
- 100% dû à une longue maladie ◯ OUI ◯ NON en rapport avec l'examen ? ◯ OUI ◯ NON
- Congé maternité ◯ OUI ◯ NON
- Accident du travail ◯ OUI ◯ NON
- Article 115 (invalide de guerre) ◯ OUI ◯ NON

Nom de l'assuré : ..... **Prénom :** .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe : ◯ F ◯ M

N° de sécurité sociale : |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

Centre de paiement sécurité sociale : .....

Mutuelle : .....

Personne à prévenir : Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Régime particulier : ◯ Curatelle ◯ Tutelle Nom et tél. du tuteur : .....

Adresse du tuteur : .....