

## FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE Hospitalisation Complète

### PRÉ-ADMISSION OBLIGATOIRE

#### 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
- Dans le cas de l'admission d'un patient mineur : autorisation d'hospitalisation, copie de la carte d'identité des représentants légaux et copie du livret de famille.

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

@ : [bde.cmrf@vyv3.fr](mailto:bde.cmrf@vyv3.fr)

☰ : Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle  
Bureau des Entrées  
Rue Angély Cavaillé  
81 000 ALBI

**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
- Dans le cas de l'admission **d'un patient mineur** : autorisation d'hospitalisation, copie de la carte d'identité des représentants légaux et copie du livret de famille.

**► 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 : .....

Lien avec la personne : .....

**► 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, 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.

**Il est strictement interdit d'amener des objets coupants ou contondants. Si par cas vous en avez un, il devra être déposé au coffre.**

**► 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.

# 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 CMRF)

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 :** Séjour <= 90 jours) : 62 € / j (avec wifi) A partir du 91<sup>e</sup> jour : 49 € / j (avec wifi)

Je souhaite la chambre individuelle  Je souhaite la chambre double

Pour la chambre individuelle, à défaut de prise en charge par la mutuelle, je règle à chaque fin de mois et à la sortie les frais de ma 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**

3.95 € / jour du 1<sup>er</sup> au 90<sup>e</sup> jour. (1.20 € /jour à compter du 91<sup>e</sup> jour)

**Mise en service dès le 1<sup>er</sup> règlement auprès des hôtesses d'accueil.**

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 / écouteurs audio afin de respecter la convalescence de chacun. Ce casque me sera remis par l'hôtesse lors de l'enregistrement de mon abonnement télévision. En cas de perte ou remplacement, le nouveau casque me sera facturé 2€.

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

Date

Signature du patient (ou des représentants légaux / Tuteur) :

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