

CLINIQUE SAINTE-MARTHE

56, Rue de la Préfecture - 21000 DIJON
Tél. : 0826 30 21 21 (0,15 € T.T.C. la minute)
Fax : 03 80 73 47 22

Madame, Monsieur,

Nous vous attendons le à h.

Afin de faciliter et accélérer les formalités administratives de votre admission, nous vous prions de lire attentivement les précisions portées au verso et de bien vouloir remplir **intégralement** la fiche de renseignements d'admission ci-jointe.

CETTE FICHE DOIT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT DÉPOSÉE À L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE SAINTE MARTHE DANS UN DÉLAI DE 72 H AVANT VOTRE HOSPITALISATION - BUREAUX OUVERTS 7 JOURS/7 DE 9 H À 18 H.

Vous savez qu'un **dossier complet** vous permettra de **bénéficier du système « tiers-payant »** Sécurité Sociale et vous évitera ainsi l'avance des frais consécutifs à votre hospitalisation, **exception faite** (en l'absence d'une prise en charge par Mutuelle ou Assurance Complémentaire) des suppléments non remboursables : ticket modérateur, forfait journalier, chambre particulière, dépassement d'honoraires, boissons, télévision, téléphone, accompagnants, etc...

N'oubliez pas de vous munir de vos effets personnels et de vos documents médicaux (lettre de votre médecin, ordonnances portant sur vos traitements en cours, radiographies, résultats d'examens, carte de groupe sanguin, pièce d'identité, etc...).

La sécurité dans la continuité des soins demande de contrôler votre identité tout au long de votre séjour ; c'est pourquoi nous vous demandons de vous munir d'une pièce d'identité le jour de votre pré-admission.

Nous vous déconseillons vivement d'emporter tous objets de valeur ou argent qui, de toute façon, pour être garantis, devront être confiés au coffre du service des admissions.

Si vous avez exprimé le désir d'occuper une chambre particulière, le service d'admission fera tout son possible pour le satisfaire dans la mesure des disponibilités.

Nous vous remercions de votre compréhension.

La Direction

TOURNEZ S.V.P.

PENSEZ A METTRE A JOUR VOTRE CARTE VITALE A UNE BORNE SÉCURITÉ SOCIALE

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE FICHE D'ADMISSION

*** CONCERNANT L'ASSURÉ**

SI VOUS ETES :

- **SALARIÉ** - la carte VITALE (à jour) ou la photocopie de l'attestation à jour,
- ou les 3 derniers bulletins de salaire.
- **ETUDIANT** - la carte VITALE (à jour),
- ou la carte d'étudiant, ou sa photocopie,
- et une attestation d'inscription à la MNEF, ou à la SMEREB.
- **RETRAITÉ** - la carte VITALE (à jour) ou la photocopie de l'attestation à jour.
- **COMMERÇANT**
- **ARTISAN**
- **AGRICULTEUR** - la carte VITALE (à jour) ou la photocopie de l'attestation à jour,
- **PROF. LIBÉRALE** - ou une prise en charge de votre caisse.
- **ASS. VOLONTAIRE**
- **DEMANDEUR D'EMPLOI** - la carte VITALE (à jour) ou la photocopie de l'attestation à jour
- ou un avis d'admission à l'ANPE et les trois derniers bulletins de versement de l'ASSEDIC.

*** CONCERNANT L'HOSPITALISÉ**

- **ARTICLE 115** - un feuillet du carnet de soins gratuits.
- **ACCIDENT DU TRAVAIL** - le volet n° 1 de la déclaration d'accident du travail,
- le certificat médical initial ou photocopie.
- **FUTURE MAMAN** - le carnet de maternité, le livret de famille,
- la carte d'identité, la carte de séjour (éventuellement).
- **ENFANT AYANT PLUS DE 16 ANS NON ASSURÉ** - un certificat de scolarité.
- **AFFILIÉ A UNE MUTUELLE** - la carte de la mutuelle ou sa photocopie,
- ou une prise en charge.
- **BÉNÉFICIAIRE CMU** - l'attestation de la CPAM à jour.

**N.B. : Pour informations plus complètes,
consulter la fiche d'admission ci-jointe.**

FICHE D'ADMISSION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

(en lettres d'imprimerie)

DATE PRÉVUE D'ENTRÉE : HEURE PRÉVUE :

HOSPITALISATION COMPLÈTE OUI NON

SOUHAITEZ-VOUS UNE CHAMBRE PARTICULIÈRE OUI NON

AMBULATOIRE/EXTERNE OUI NON

NOM DU PRATICIEN QUI VOUS A CONVOQUÉ :

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT (GÉNÉRALISTE) :

ADRESSE:

NOM DU PATIENT : **Prénom :**

SEXE :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

VILLE : **CODE POSTAL :**

N° TÉLÉPHONE DOMICILE :

NOM DU CONJOINT : **Prénom :**

Personnes à prévenir : **NOM :** **Prénom :**

Lien de parenté : **N° Téléphone :**

NOM : **Prénom :**

Lien de parenté : **N° Téléphone :**

- **S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT :** OUI NON

DATE DE L'ACCIDENT :

- **TYPE DE L'ACCIDENT :**

ACCIDENT DE SPORT OUI NON

ACCIDENT DE TRAVAIL OUI NON

ACCIDENT DE CIRCULATION OUI NON

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS OUI NON

Tournez S.V.P.

