



# Dossier d'ADMISSION

## Choix de l'Unité :

- Hospitalisation complète - Unité Soins Intégration Scolaire (USIS) – adolescents et jeunes adultes (15-25 ans)
- Hospitalisation complète - Adultes à partir de 26 ans
- Hospitalisation temps partiel - Hôpital de jour (HDJ) ou de nuit (HDN) à partir de 18 ans

## Patient

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

## Professionnel adressant

- Médecin traitant       Médecin psychiatre référent       Autre : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Clinique de Saumery

—  
Château de Saumery  
37 rue de Saumery  
41350 Huisseau sur Cosson

T : 02 54 51 28 28  
F : 02 54 51 28 29  
[secretariat.medical@saumery.fr](mailto:secretariat.medical@saumery.fr)  
[www.cliniquesaumery.com](http://www.cliniquesaumery.com)

Clinique Médicale du Centre  
SARL au capital de 72.000 €  
SIRET : 595 620 204 00015  
Inscrite au RCS de Blois

Madame, Monsieur,

La Clinique de Saumery dispose d'autorisations pour différentes activités :

- Hospitalisation complète pour des soins spécialisés aux adolescents et jeunes adultes (15-25 ans) originaires en priorité de la Région Centre et souffrants de troubles psychologiques ou psychiatriques
- Hospitalisation complète adulte pour des soins spécialisés dans un cadre adapté à vos troubles psychologiques et psychiatriques
- Hospitalisation de jour ou de nuit dans un cadre adapté aux adultes (à partir de 18 ans) souffrants de troubles psychologiques et psychiatriques

Ces unités ont pour mission d'accompagner les patients dans un projet de soins individualisé qui comprend des volets de réinsertion sociale, scolaire, professionnelle, familiale et d'aide au développement des compétences.

Le projet de soins est individualisé, il tient compte des répercussions familiales, éducatives, scolaires et sociales. Il soutient et accompagne l'entourage dans ses difficultés.

L'équipe pluridisciplinaire accueille, soigne, anime, accompagne le patient en tenant compte des aspects psycho dynamiques au sein de la dynamique familiale.

Tout au long de votre hospitalisation, vous serez amené à participer aux différentes réunions et activités organisées par le Club Thérapeutique de Saumery.

La Direction

Pour faciliter votre admission à la clinique de Saumery, merci de compléter le dossier ci-joint composé de :

- 1 - Dossier administratif et social
- 2 - Dossier médical (5 volets)
- 3 - Dossier pédagogique et professionnel
- 4 - Questionnaire
- 5 - Lettre de motivation
- 6 - Attentes de votre entourage
- 7 - Autorisation de soins par autorité parentale (si vous avez moins de 18 ans)
- 8 - Personne de Confiance (si vous avez 18 ans)
- 8bis – Formulaire de désignation de la personne de confiance
- 9 – Engagements - frais de séjours et honoraires
- Courrier médical détaillé spécifiant les antécédents, attentes du séjour et projet de sortie

Veillez joindre à ce dossier les photocopies de :

- Carte nationale d'identité ou Passeport
- Livret de famille (en intégralité)
- Carnet de vaccinations
- Attestation d'Assuré Social justifiant de l'ouverture de vos droits
- Attestation de Mutuelle Complémentaire **en cours de validité**, (copie recto-verso)
- Attestation de responsabilité civile et individuelle en cours de validité

Votre demande sera examinée par l'équipe pour évaluation de l'indication et pertinence de l'hospitalisation. Une réponse vous sera systématiquement adressée.

En cas d'avis favorable, un rendez-vous de préadmission vous sera proposé. Vous rencontrerez le médecin psychiatre, les professionnels de l'Unité et visiterez l'établissement.

Cette première approche est une étape essentielle pour la mise en place du projet thérapeutique

Lors de la visite de préadmission, veuillez-vous munir de :

- Carte nationale d'identité ou Passeport
- Carnet de santé (en intégralité)
- Document médicaux récents (biologie, radios, examens complémentaires...)
- Carte vitale et attestations de mutuelle

# 1- DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

## ETAT CIVIL du patient

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance .....

Situation matrimoniale .....

## COORDONNEES du patient

N°, rue, avenue, boulevard... ..

Code Postal ..... Ville.....

Tel ..... Mail.....

## FAMILLE – ENTOURAGE

**PERE** Nom..... Prénom.....

Né le ..... À.....

Domicilié à .....

Profession .....

Tel ..... Mail .....

**MERE** Nom..... Prénom.....

Née le ..... À.....

Domiciliée à .....

Profession .....

Tel ..... Mail .....

Situation des parents :

Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Veuvage  Autre : .....

## AUTRE PERSONNE à prévenir (en priorité)

Nom ..... Prénom.....

Domicilié à .....

Tél ..... Mail .....

Lien de parenté avec le patient : .....

## PROTECTION SOCIALE

**CAISSE ASSURANCE MALADIE** n° SS.....  
Adresse.....  
.....  
*Joindre Attestation Carte Vitale*

**MUTUELLE** n° Adhérent.....  
Adresse.....  
.....  
*Joindre Attestation mutuelle en cours*

**CAISSE ALLOCATION FAMILIALE** n° Allocataire.....  
Adresse.....  
.....  
*Joindre Attestation*

**MDPH** n° Dossier.....  
Adresse.....  
.....  
*Joindre notifications des prestations obtenues*

**ASSISTANTE SOCIALE**  
Nom Adresse.....  
.....  
Tel..... Mail.....

**RESSOURCES**  Sans  RSA  AAH  Retraite  Pension invalidité  
 Argent de poche, famille  Salarié  Revenus non-salariés

Profession (si concerné) : .....

## REFERENTS EDUCATIFS ET JUDICIAIRES

**SERVICE EDUCATIF** Adresse.....  
Réfèrent.....  
.....

Tel..... Mail.....

**TRIBUNAL POUR ENFANTS** Adresse.....  
.....

Tel..... Mail.....

**TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE** Adresse.....  
.....

Tel..... Mail.....

**MESURE DE PROTECTION** :  NON  OUI (*joindre la copie du jugement*)

Curatelle Simple  Curatelle renforcée  Tutelle

**Mandataire judiciaire** Adresse : .....  
NOM : Téléphone : ..... Mail : .....

## 2- DOSSIER MEDICAL

### VOLET 1 — REFERENTS MEDICAUX

#### MEDECIN TRAITANT (déclaré à la sécurité sociale)

Dr (NOM Prénom) .....

Adresse .....

Tel ..... Mail  
.....

#### SPECIALISTES

Spécialité 1 ..... Dr..... Tel.....

Spécialité 2 ..... Dr..... Tel.....

Spécialité 3 ..... Dr..... Tel.....

#### PSYCHIATRES / PEDOPSYCHIATRES / PSYCHOLOGUE / PSYCHOTHERAPEUTE/IDE LIBERAL

1 ..... Tel.....  
..... Mail.....

2 ..... Tel.....  
..... Mail.....

3 ..... Tel.....  
..... Mail.....

4 ..... Tel.....  
..... Mail.....

5 ..... Tel.....  
..... Mail.....

#### SERVICE PSYCHIATRIQUE de SECTEUR ou INTERSECTEUR de PSYCHIATRIE INFANTOJUVENILE

CMP ..... Tel.....

HDJ, CATTP, FOYER ... ..... Tel.....

SERVICE HOSPITALIER ..... Tel.....

#### PHARMACIE d'OFFICINE

NOM : ..... Tel.....

Fax..... Mail.....

## VOLET 2 — DOSSIER SOMATIQUE

Taille : ..... Poids : .....

Date à laquelle ce document est complété par votre médecin : .....

### Antécédents somatiques familiaux :

### Antécédents somatiques personnels :

### Allergie(s) connue(s) :

### Facteurs de risques somatiques :

- Immunodépression connue (greffe, cancer, diabète, déficit immunitaire...)
- Trouble métabolique, endocrinien
- Trouble nutritionnel
- Affection somatique chronique
- Affection douloureuse significative, actuelle ou passée
- Autres : précisez.....

### Antécédents médicaux :

### Antécédents chirurgicaux :

### Antécédents gynéco-obstétricaux :

Contraception actuelle :

Date des dernières règles :

### Pathologies actuelles :

**Traitement somatique en cours (joindre copie des ordonnances) :**

**Soins paramédicaux en cours : type et fréquence**

Kinésithérapie    Orthophonie    Psychomotricité    Ergothérapie    Rééducation    Autre

.....

.....

.....

.....

**Faut-il prévoir de poursuivre ces soins durant le séjour à la Clinique ?**       Oui       Non

- Copie du dernier bilan biologique (dont Prolactine, thyroïde et sérologies)
- Copies des résultats des derniers examens complémentaires réalisés (Radios, ECG, IRM, EEG...)
- Copie du carnet de vaccinations
- Copie des carnets de suivi : diabète, clozapine...

**Note d'information destinée aux parents d'adolescents de 15 à 17 ans**

Notre établissement est engagé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Compte tenu de la recrudescence d'infections liées à l'abandon de la vaccination, nous recommandons vivement les mesures préventives suivantes. Si votre enfant est hospitalisé dans l'Unité Soins Intégration Scolaire, vous devrez vous munir des **justificatifs de vaccinations à jour** contre :

- **L'hépatite B** (non obligatoire)
- **Le méningocoque C**
- **Le tétanos**
- **La coqueluche**
- **La rougeole**

Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant pour avoir ces informations. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

**Date :**

**Signature et Cachet du Médecin**



## VOLET 3 — DOSSIER PSYCHIATRIQUE

### Antécédents psychiatriques familiaux

### Antécédents psychiatriques personnels

### Événements significatifs depuis la naissance

(Troubles du comportement, difficultés scolaires, CAMSP, suivi pédopsychiatrique, placement, IME, ITEP...)

### Histoire récente de la maladie

### Situations à risque psychiatrique

- Fugues
- Idées et/ou comportements suicidaires
- Mésusages et addictions (toxiques et comportements)
- Désocialisation (scolaire, professionnelle, familiale, amicale)
- Relation d'emprise, perte du sens critique
- Négligences, maltraitements et abus (sexuels, physiques, émotionnels)
- Autres .....

**Bilans déjà réalisés** (EEG, IRM, psychologiques, neuropsychologiques, orthophonie, psychomotricité...)

**Traitements en cours**

**Surveillances particulières** (NFS, traitements, injections...)

**Projets attendus**

**Devenir et suivi à la sortie**

**Référents psychiatriques** (Psychiatre, psychologue, IDE...)

**Date :**

**Médecin Psychiatre : Tampon et signature**

## Volet 4 — CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE

Madame, Monsieur, cher confrère,

La clinique étant un lieu ouvert, certains patients rencontrent parfois des difficultés de contenance. Les changements d'espace, de lieu, de référents peuvent mobiliser des réactions qui doivent être accompagnées et retravaillées par un retour rapide au sein de leur unité d'origine.

De temps à autre, nous rencontrons des situations complexes qui ne trouvent pas de relais rapide. Ne souhaitant pas solliciter l'équipe de psychiatrie de Blois pour prendre en charge un patient ne relevant pas de son secteur, nous vous remercions pour votre compréhension à signer les engagements suivants :

### ENGAGEMENT MEDICAL

Je soussigné (e) Dr .....  
M'engage à poursuivre la prise en charge thérapeutique et à réaccueillir  
Mme, M.....  
Au sein de l'unité.....  
Après son séjour à la clinique de Saumery ou en urgence et en cas de difficultés.

Fait à

Date

Signature

Tampon

### ENGAGEMENT DU CADRE DE SANTE

Je soussigné (e) Mme, M.....  
Cadre de santé de.....  
M'engage à faciliter et organiser, (transport et accueil)  
Y compris en urgence, le retour de Mme M.....  
Au sein de l'unité.....

Fait à

Date

Signature

Tampon

## Volet 5 - TRANSPORTS

Nous vous remercions d'indiquer le mode de transport envisagé pour vos déplacements :

Mode de Transport	Aller	Retour
Véhicule personnel		
Famille		
Train		
Accompagnement équipe		
Transport sanitaire *		
Navette HDJ **		

\* Au-delà de 150 kms pour les prises en charge en temps plein et de 50 kms pour les prises en charge en hôpital de jour, une demande d'entente préalable de transport sanitaire doit être adressée au médecin conseil de la CPAM (délai de réponse 15 jours)

\*\* Une navette est à disposition pour l'aller et le retour à la clinique. Il suffit de s'inscrire et de rallier les points de rendez-vous (gare de Blois, Avenue Maunoury...)

→ Demander une possibilité de prise en charge transport en urgence.

Si refus CPAM, engagement écrit de la part de l'équipe à accompagner le patient pour AR et venir le chercher en urgence (voir ci-avant)

**Merci d'indiquer les coordonnées de la société de transport sanitaire proche de chez vous ou avec laquelle vous avez l'habitude de travailler :**

### SOCIETE DE TRANSPORTS SANITAIRES

Nom de la Société	..... .....
Responsable	..... .....
Adresse	..... .....
Téléphone	..... .....
Mail	..... .....
Fax	..... .....

### 3- DOSSIER PEDAGOGIQUE ET PROFESSIONNEL (pour une demande d'admission en USIS)

#### Documents à joindre :

- Certificat d'inscription en milieu scolaire,
- Coordonnées du dernier établissement fréquenté,
- Photocopies des bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours et ceux de l'année précédente.
- Photocopies des diplômes ou attestations de réussite (Brevet des collèges, CAP, BEP etc.)

#### 1. Parcours Scolaire

Age et classe de début des premières difficultés scolaires.....

Nature des difficultés :

Relations aux pairs	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Comportement	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Apprentissages	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Rapport à l'autorité	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Isolement	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Problèmes de séparation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Harcèlement	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Problèmes somatiques	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Violence	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

#### 2. Impact sur les résultats

Lecture	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Discipline	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Ecriture	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Absentéisme	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Calcul	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Décrochage	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Phobie	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Concentration	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	Sommeil	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

#### 3. Situation Actuelle

Votre enfant est-il inscrit(e) dans un établissement scolaire ?  Oui  Non

Lequel : .....

Classe : .....

Nom et Prénom du CPE : .....

Nom et Prénom du Professeur Principal : .....

Votre enfant, a-t-il interrompu sa scolarité ?  Oui  Non

Si Oui, Depuis quand ? .....

Combien de temps ? .....

Avez-vous renoncé à ce qu'il poursuive sa scolarité ?  Oui  Non

Si Oui, quels nouveaux projets vous semblent possibles

.....

#### 4. Orientation

L'orientation actuelle de votre enfant est-elle source de problèmes ?  Oui  Non

Quels problèmes :

.....

Envisagez-vous une autre orientation ?  Oui  Non

Si oui laquelle : .....

## 5. Activités Professionnelles

Votre enfant a-t-il exercé des activités professionnelles ?

Oui  Non

*(Stage, apprentissage, job d'été, etc.)*

Si Oui, lesquelles, à quelles dates, combien de temps .....

.....  
.....  
.....

Votre enfant a-t-il une idée du métier qu'il souhaite exercer ?

Oui  Non

Le ou lesquels .....

.....  
.....

## 4- QUESTIONNAIRE

Votre admission au sein de la Clinique de Saumery nécessite d'étudier un certain nombre d'éléments. Les informations ci-dessous nous permettent d'évaluer la manière dont vous percevez vos difficultés et vos soins.

→ Vos difficultés sont-elles ?

Fréquentes    Rares    Anciennes    Récentes

→ Dans quelles circonstances surviennent-elles ?

Famille    Vie Professionnelle, scolaire    Relations aux autres    Evènements particuliers

→ Suivez-vous, actuellement, un traitement ?

Médicamenteux    Psychothérapique    Autre : .....

→ Avez-vous consulté :

<input type="checkbox"/> Un médecin généraliste	<input type="checkbox"/> en consultation privée
<input type="checkbox"/> Un médecin psychiatre	<input type="checkbox"/> à l'hôpital
<input type="checkbox"/> Un psychologue	<input type="checkbox"/> autre

→ Avez-vous déjà :    été hospitalisé    pris un traitement médicamenteux

→ Cela vous a-t-il aidé ?    Oui    Non

→ Comment décririez-vous aujourd'hui votre situation et vos difficultés :

.....

.....

.....

.....

.....

→ Envisagez-vous une durée de séjour    Courte    de quelques mois    Longue

→ Qu'attendez-vous de votre séjour à la clinique ? (Répondre dans le cadre Lettre de motivation ci-après)

## 5- LETTRE DE MOTIVATION DU PATIENT

Essayez de décrire vos difficultés et d'exprimer vos attentes concernant les soins :

Signature



## 6- ATTENTES DE L'ENTOURAGE DU PATIENT

Demandez à vos proches d'écrire ci-dessous leur compréhension de vos difficultés et leurs attentes concernant les soins

Signatures

## 7- AUTORISATION DE SOINS DU RESPONSABLE LEGAL (patient mineur)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Père : NOM .....	Mère : NOM .....
Prénom .....	Prénom .....
Né le.....	Née le.....
À .....	À.....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....

Intervenant en ma qualité de représentant légal du jeune :

NOM.....	Prénom.....
Né(e) le.....	À .....
Demeurant à :	
.....	

Hospitalisé à La clinique médicale du Centre Le

Sous la responsabilité

Du Docteur

Du Directeur de la Clinique médicale du Centre

Tampon et signature

Tampon et signature

Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'accueil et de soins de notre enfant à la Clinique médicale du Centre et avoir autorisé toutes les mesures thérapeutiques que son état de santé nécessite. Je précise que cette hospitalisation a été consentie après une visite de l'Etablissement (consultation de pré admission) et prend acte qu'elle s'effectue dans un service de psychiatrie générale ouvert et libre, accueillant des résidents de tout âge et souffrant de pathologies variées. J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'Etablissement qui précise que les relations sexuelles entre mineurs et adultes sont strictement interdites. J'autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas de transgression. En cas d'urgence, j'autorise le transfert du patient dans les services adaptés (hôpital général, urgences, service de psychiatrie fermé). J'autorise également son rapatriement au sein de la clinique médicale du centre dès lors qu'il est accompagné d'un membre du personnel de la clinique.

### **AUTORISATION SOUMISE À L'AVIS DE L'ÉQUIPE DE SOINS !**

- J'autorise ma fille/mon fils à sortir seul(e) hors de l'établissement, sans accompagnement d'un soignant
- Je n'autorise pas ma fille/mon fils à sortir seul(e) hors de l'établissement, sans accompagnement d'un soignant

Fait à Huisseau sur Cosson, le

Signatures (père, mère ou représentant légal)

## **8- PERSONNE DE CONFIANCE** (patients majeurs sans régime de protection aux tutelles)

Madame, Monsieur,

Vous êtes majeur(e) et hospitalisé(e) dans notre établissement.

Conformément aux dispositions réglementaires Art L. 1111-6 du code de la Santé Publique et décret du 3 Août 2016, décret 2016 – 1395 du 18 octobre 2016, Art. LL.311-5-& du code de l'action sociale et des familles, instruction n° DGOS/PF2/2015-65 du 9 mars 2015, instruction n° DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016, guide HAS mise en œuvre – décembre 2016, vous avez, dès votre admission, la possibilité de désigner « une personne de confiance ».

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant).

Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autres(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Selon vos souhaits, la personne de confiance, que vous aurez choisie librement, pourra :

- Vous aider dans les démarches à accomplir
- Assister aux entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux

La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin, si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir de l'information. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale, qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et vos convictions.

### **Important !**

En aucun cas, la personne de confiance n'est autorisée à accéder  
à votre Dossier médical en dehors de votre présence et de votre accord

### **Comment désigner la personne de confiance ?**

- Vous devez effectuer cette désignation par écrit sur le formulaire (ci-dessous) complété qui figurera dans votre dossier. Cette désignation est facultative
- Cette désignation est valable pour toute la durée de votre hospitalisation sauf choix contraire de votre part
- Vous pouvez à tout moment révoquer ce choix. Il vous suffit d'en avertir le personnel soignant qui vous remettra un nouveau formulaire

**8bis- PERSONNE DE CONFIANCE** (patients majeurs sans régime de protection aux tutelles)

Je soussigné(e), NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

Admis(e) à la Clinique Médicale du Centre, Château de Saumery, 41350 Huisseau-sur-Cosson, en vue de soins hospitaliers à compter du .....

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle
- Je souhaite désigner une personne de confiance pour cette hospitalisation

**COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

NOM Marital : ..... NOM de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
  - Un proche       Un parent       Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :       oui       non

**J'ai été informé(e) que cette personne de confiance 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 avec un nouveau formulaire.**

**Mention** : Patient(e) dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Fait à : .....

Le :  
.....

Signature du patient :

**Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation de personne de confiance.**

Fait à : .....

Le :  
.....

Signature de la personne de confiance :

## **9- ENGAGEMENTS** (frais de séjours et honoraires)

### **Pour les prises en charge en hospitalisation complète**

#### **Les dépenses à la charge de l'Assurance Maladie**

La Clinique est conventionnée avec la Sécurité Sociale et pratique le tiers payant.

Votre caisse prend en charge les frais d'hospitalisation ainsi que les honoraires de soins psychiatriques qu'elle règle directement à la Clinique à condition d'avoir délivré une prise en charge (pour la Sécurité Sociale : formulaire **modèle 212**). Les tarifs des frais d'hospitalisation sont affichés au bureau des admissions. Le jour de votre admission est facturé quelle que soit l'heure de votre entrée. Le jour de votre sortie, seul le forfait journalier est facturé.

#### **Les dépenses à votre charge**

- Le forfait journalier d'un montant de 15,00 € par jour en hospitalisation complète vous incombe (sauf pour les bénéficiaires de la CSS complémentaire).
- Les consultations et soins extérieurs vous seront remboursés selon le tarif conventionnel.
- Les détériorations matérielles volontaires.
- Les dépenses personnelles telles que : laverie, sorties culturelles ou de loisirs, et frais de transports.

#### **Facturation**

Un accord de prise en charge est demandé préalablement à votre organisme d'assurance maladie. Dès accord, votre assurance maladie versera :

- à la Clinique, les frais de séjour afférents à votre hospitalisation,
- aux médecins, la consultation d'entrée « CNPsy » à 41.2€, puis, les honoraires de surveillance médicale « CNP 0,80 » d'un montant de 34 € ou « C » d'un montant de 23€.

Le **forfait journalier** représentant la participation financière aux frais d'hébergement entraînés par l'hospitalisation n'est pas couvert par l'assurance maladie. Il est pris en charge par les mutuelles complémentaires de santé. Dans le cas contraire, les factures du forfait journalier vous sont adressées mensuellement. Elles doivent être acquittées dans les 15 jours suivant leur présentation par tout moyen à votre convenance :

- Règlement par chèque bancaire à l'ordre de « Clinique Médicale du Centre »
- Règlement par virement (il vous sera adressé un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sur demande)
- Mandat contre facture acquittée
- Espèces contre facture acquittée

Les règlements doivent impérativement mentionner le(s) numéro(s) de facture(s) concernée(s).

### **Pour les prises en charge en hospitalisation de jour ou de nuit**

L'établissement est conventionné avec les Caisses d'Assurance Maladie, les tarifs sont facturés sous forme de « forfaits soins » correspondant aux prises en charges individuelles ou collectives. La tarification applicable est affichée au bureau d'accueil de l'hôpital de jour et au bureau des admissions.

**Je (si mineur, parents ou représentant légal) .....**

**m'engage sur l'honneur à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, la Mutuelle ou Assurances privées (ticket modérateur, frais divers...).**

**Date et signature(s)**