

Chanay, le 27 mai 2019.

Objet : Demande d'admission

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-joint un dossier d'admission au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation pour Adolescents de Chanay.

Nous vous remercions de :

- Prendre contact avec votre **médecin, spécialiste** ou **généraliste**, pour établir le courrier médical,
- Compléter la fiche de renseignements ci-jointe en la signant aux endroits indiqués,
- Nous retourner l'ensemble des documents, dûment remplis, dans les meilleurs délais, à l'attention du secrétariat médical,
- Lire attentivement le livret d'accueil, joint à ce dossier. Il vous donnera, entre autre, des indications sur la prise en charge, le droit des patients et le règlement intérieur. L'annexe lingerie – trousseau est une aide pour la préparation des bagages de votre enfant (vêtements et scolaire).

Après examen de ce dossier, s'il est retenu, nous vous contacterons pour fixer une date d'admission avec un Médecin de notre établissement. Dans le cas contraire un courrier de refus vous sera adressé.

Avant ce premier rendez-vous, une attestation de prise en charge est à demander à votre mutuelle ou assurance.

Nous restons à votre disposition pour toutes précisions utiles.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

DEMANDE D'ADMISSION

Circuit de l'admission

- Réception du dossier complet : examen du dossier et proposition de rendez-vous si le dossier est retenu (les admissions se font du lundi au vendredi).
- Consultation médicale avec le patient et sa famille et visite de l'unité de soins.
- Accord pour une admission à l'issue de la consultation entre le médecin, le patient et sa famille ; ou proposition d'un deuxième rendez vous pour délai de réflexion ou complément d'informations.
- Un programme de retour à domicile sera établi selon le projet de soins.

Renseignements médicaux

Afin de répondre au mieux à votre demande, les renseignements médicaux émanant d'un médecin, doivent faire l'objet d'un courrier précisant :

- Les antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, vaccinations), familiaux,
- L'histoire et l'évolution de la maladie,
- L'état actuel du patient,
- Son traitement actuel (avec les copies des ordonnances),
- Le mode vie : tabac (nb de cigarettes/jour, alcool, drogue), activité physique, régime alimentaire, scolarité, familial, mesure sociale (éducative ou judiciaire), placement...,
- L'environnement familial : lieu de vie, mode de garde, autorité parentale, mesure éducative ou judiciaire,
- Pour les Troubles du Comportement Alimentaire : IMC, modalités de prises en charges antérieures cliniques et psychologiques, derniers bilans biologiques et ECG,
- L'objectif attendu de l'entrée dans notre établissement et si possible un diagnostic CIM-10,

Le médecin adresseur ou traitant est considéré comme le référent médical du patient.

Il peut à tout moment prendre des nouvelles de son patient et recevra, en fin de séjour, un compte-rendu d'hospitalisation indiquant les modalités du suivi extérieur.

Ce dossier de demande d'admission doit être adressé, dûment rempli, au Secrétariat Médical, 7 rue du château 01420 CHANAY.

Pour tous renseignements complémentaires :

Secrétariat médical : secretariatmedical@mgen.fr

☎ 04.50.56.80.09

Fax : 04.50.56.80.65

Service des admissions :

☎ 04.50.56.80.23

Fax : 04.50.56.80.62

Pièces à joindre pour l'admission

- Fiche de renseignements complétée, photo obligatoire fixée à l'emplacement prévu.
- Courrier médical dûment rempli par le médecin généraliste ou spécialiste, copie d'examens complémentaires (biologie, radiographie..).
- Ordonnance si traitement médicamenteux en cours et apporter le traitement pour 48h.
- Photocopie de l'attestation d'ouverture des droits sécurité sociale en cours de validité.
- Attestation de prise en charge mutuelle/assurance.
- Photocopie de votre carte Mutuelle recto-verso ou attestation CMU.
- Indispensable : copie de jugement d'assistance éducative en AEMO, copie de jugement de divorce/séparation, s'il y a lieu.

Modalités financières du séjour

→ Frais de séjour hospitalier : L'assurance maladie prend en charge 80 % ou 100 % du prix de journée. Dans le premier cas, le ticket modérateur (20 % du tarif journalier, forfait journalier inclus) est à régler par vous-même ou votre complémentaire santé. (N.B : de nombreuses complémentaires pratiquent le tiers payant). Ces frais de séjour incluent toutes les dépenses liées directement à l'hospitalisation (soins, hébergement, repas)

→ Forfait journalier : sa prise en charge dépend de votre complémentaire santé. Elle peut être partielle ou totale, limitée dans le temps ou non et votre caisse peut pratiquer le tiers payant ou non. (Renseignez-vous auprès de votre caisse) Il est facturé tous les jours y compris le jour du départ. En cas d'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), nous fournissons un document concernant l'exonération du forfait journalier.

Les dépenses personnelles sont à votre charge.

→ L'établissement facture un supplément pour la chambre particulière. Ce supplément peut être pris en charge par votre complémentaire santé. Votre enfant sera mis en chambre particulière dans la limite des places disponibles ou sur avis médical.

- Prix de journée au 01/01/2019 : 265,00 €

- Forfait journalier hospitalier : 20,00 €

- Coût à votre charge ou à la charge de votre complémentaire :

➤ 53,00 € par jour de ticket modérateur les 30 premiers jours
(dont forfait journalier de 20 € par jour)

➤ 20,00 € de forfait journalier par jour à partir du 31^{ème} jour

Tarif de la chambre particulière selon votre complémentaire santé, au 01/01/2019 :

33,00 € pour les mutualistes de la FNMF et de la MGEN

39,00 € pour tous les autres usagers

Fiche de renseignements

Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Dpt : ____ Lieu :

Sexe : M F Nationalité :

Situation familiale entre les 2 parents de l'enfant :
 union libre mariés séparés divorcés autre :

En cas de divorce/séparation, joindre obligatoirement les copies des jugements

Autorité parentale : père et mère père seul mère seule

Lieu de résidence du patient : chez les parents chez le père chez la mère

Autre (préciser nom, prénom, lien de parenté, adresse et téléphone) :

Photo obligatoire

Si l'enfant est confié à un tiers ou a un service gardien, joindre la copie de l'ordonnance judiciaire.

Précédent séjour dans l'établissement : oui non

Parenté

MERE (à compléter obligatoirement)

Nom usuel :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : ____/____/____

Nationalité :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

C.P : Ville :

☎ domicile : ☎ portable :

.....

Profession :

☎ professionnel

Courriel@ :

Situation familiale actuelle : séparée divorcée

union libre mariée autre :

.....

Numéro S.S. :

PERE (à compléter obligatoirement)

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Nationalité :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

C.P : Ville :

☎ domicile : ☎ portable :

.....

Profession :

☎ professionnel

Courriel@ :

Situation familiale actuelle : séparé divorcé

union libre marié autre :

.....

Numéro S.S. :

Coordonnées médicales

Médecin adresseur

Dr :
 Prénom :
 Adresse :

 C.P : Ville :
 ☎ :
 Courriel@ :

Médecin traitant

Dr :
 Prénom :
 Adresse :

 C.P : Ville :
 ☎ :
 Courriel@ :

Renseignements sociaux

Assistant sociale

Mr Mme :
 Prénom :
 Adresse de la structure :

 C.P : Ville :
 ☎ :
 Courriel@ :

Educateur référent

Mr Mme :
 Prénom :
 Adresse de la structure :

 C.P : Ville :
 ☎ :
 Courriel@ :

Le patient bénéficie t il d'une : Mesure éducative : Mesure judiciaire : Placement : fournir l'ordonnance de jugement

Le patient bénéficie t il de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) ? oui non (si oui, fournir la notification).

Coordonnées du tiers ou du service gardien (Nom, adresse) :

 ☎ :

Renseignements scolaire

Nom de l'établissement scolaire où le patient est inscrit :

Adresse :

C.P : Ville :

☎ : Courriel@ :

Dernière Classe fréquentée :

Date d'arrêt des études (s'il y a lieu) :

TOUT DOSSIER INCOMPLET RETARDERA LA PRISE EN CHARGE.

Date : ___/___/20___ et Signature(s) :

Prise en charge Sécurité Sociale

Nom et Prénom de l'assuré :

.....

Assuré(e) social : père mère autre, à préciser :

.....

Numéro S.S. : _____ Régime :

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale :

.....

.....

.....

☎ de la caisse de SS : ____/____/____

Prise en charge Mutuelle

Mutuelle Assurance CMU

Nom et adresse de l'organisme :

.....

.....

.....

Assuré(e) : père mère autre, à préciser :

.....

Numéro d'adhérent :

La prise en charge du forfait journalier est souvent limitée dans le temps. Au-delà de cette prise en charge, une facture vous sera adressée.

Nom et prénom de la personne qui s'acquittera des factures dans ce cas. :

.....

Code DMT : 616 – code Finess : 010780476 : numéros à donner pour la demande de prise en charge à la mutuelle ou assurance.

Date : ____/____/20__

Signature(s):