CLINIQUE D'URSUYA
CLINIQUE DE SOINS DE SUITE & RÉADAPTATION

NOTICE D'INFORMATION et D'AIDE POUR COMPLETER LE DOSSIER D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Pour toute demande d'admission dans notre établissement il convient de compléter :

- **La fiche administrative** (2 pages) complétée par vos soins
- **La fiche médicale** (3 pages) complétée, signée et tamponnée par le médecin prescripteur du séjour
- **L'engagement vis-à-vis de la chambre particulière** (1 page), complété par vos soins

Pièces justificatives à fournir en complément du dossier dûment rempli :

☐ **Duplicata du certificat médical** établi par votre médecin prescripteur pour la prise en charge du séjour auprès de la caisse. *Certificat sur lequel sera noté : « l'état de santé de Madame ou Monsieur …… nécessite un séjour à la Clinque d'Ursuya de Cambo les Bains » (Avec précision de votre numéro de sécurité sociale).* ***NB : l'original de ce certificat doit être envoyé par vos soins au médecin conseil de votre caisse de Sécurité sociale***

☐ Chèque de caution de 300€ à l'ordre de SAS FRANCLET

☐ Copie de l'ordonnance médicamenteuse en cours

☐ Photocopie recto-verso de votre **carte de mutuelle** en cours de validité.
Si vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) attestation en cours de validité.

☐ Photocopie recto/verso d'une **pièce d'identité** en cours de validité (carte d'identité, permis de conduire, passeport, etc.)
Votre livret de famille, si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur de date de naissance, changement de nom…).

☐ Attestation d'assurance personnelle en responsabilité civile

☐ Pass sanitaire si vous êtes à jour des vaccinations COVID

A NOTER pour toute demande d'admission :
Si votre dossier est accepté, un bilan biologique devra être présenté le jour de votre entrée (NFS, bilan lipidique, bilan glucidique, bilan hépatique, bilan rénal, bilan phospho-calcique, TSH). Ce bilan devra dater de moins de 3 mois.

A NOTER pour toute demande d'admission dans le service de nutrition –métabolisme :
Sous réserve de la validation et acceptation de votre dossier par le service médical, il conviendra de nous présenter une épreuve d'effort cardiologique (de moins de 6 mois). Pensez à prendre vos rendez-vous rapidement.

Vous trouverez aussi un document explicatif sur les directives anticipées à remettre lors de votre premier rendez-vous avec le médecin.

Tout dossier incomplet, sans l'ensemble des pièces justificatives, ne pourra être étudié.
Le <u>dossier complet</u> avec l'ensemble des pièces justificatives demandées est à renvoyer :

- Par courrier à l'adresse :
  Clinique d'Ursuya
  Service des admissions
  41 avenue d'Ursuya
  64250 CAMBO-LES-BAINS

- Ou par mail à admission@ursuya.fr

- Ou par fax au 05.59.29.79.29 - Pour nous appeler : 05.59.93.58.21 (admissions)

Vous serez tenu informé des suites données à votre dossier par téléphone.

Clinique d'Ursuya / Service des admissions
41 Avenue d'Ursuya
64250 CAMBO-LES-BAINS
Tél : 05 59 93 58 21 (admissions) 05 59 93 58 58 (standard)
Fax : 05 59 29 79 29

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

PARTIE 1 – FICHE ADMINISTRATIVE (Page 1/2)

Nom marital : …… Prénom(s) : ……...
Nom de jeune fille : …… Sexe : ☐ F ☐ H

Date de naissance : …… Lieu de Naissance : …….....
Nationalité : …… Nombre d'enfants :

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage
☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf - Veuve

Situation professionnelle : ☐ Actif ☐ Retraité ☐ Invalide ☐ Autre, précisez :
Profession : ……..... Adresse complète :
……..
……
Code Postal : …….. Ville : ..……

Téléphone fixe : …… Téléphone portable : ..…….....
E-mail : ……..…@.....…….

■ **Caisse de Sécurité Sociale** (nom et adresse) :
……..……..…
…….....
Numéro de Sécurité sociale :
…….....

Nom et Prénom de l'assuré :
……..
Date de naissance de l'assurée :
…….....

■ **Mutuelle ou Organisme complémentaire** (nom et adresse) :
……..……..…
…….....

Numéro d'adhérent : ……

Téléphone de l'organisme :…… N° de fax : ……

Montant pris en charge par votre mutuelle : ……€/jour pour la chambre particulière

Position juridique :

☐ Autonome ☐ Sous tutelle ☐ Sous curatelle

En cas de tutelle ou de curatelle :
Nom de l'organisme : ……..
Nom/ Prénom du mandataire judiciaire : ……
Adresse complète : ……..
Téléphone fixe : …… Téléphone portable : …….....

Personnes à prévenir :

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse complète	Téléphone

Votre médecin traitant :

Nom et prénom : …….

Adresse : ……..
…….
Code postal : …… Ville : ……..

Téléphone : …….. Fax : ……

Votre médecin traitant est-il le médecin prescripteur du séjour : ☐ Oui ☐ Non

Votre pharmacie d'officine :

Nom – Ville - Numéro de téléphone :
……..…….

Souhaits :

Date d'entrée souhaitée : ……

Engagement de règlement de dépenses

Nom marital : …… Prénom(s) : ……...
Nom de jeune fille : …… Sexe : ☐ F ☐ H
Date de naissance : ……...

La Clinique d'Ursuya met à votre disposition différents services que vous pourrez choisir avant votre séjour ;

1 / CHAMBRE PARTICULIERE :

La Clinique dispose pour votre confort de chambres individuelles et de quelques chambres doubles. Lors de votre demande d'admission, vous pouvez librement choisir de bénéficier d'une chambre particulière dont le tarif journalier peut varier de 47 € à 72 € (le choix du type de chambre particulière est laissé libre à l'établissement en fonction des disponibilités du service), ou d'une chambre double.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès de votre mutuelle afin de savoir si celle-ci prendra en charge, le temps de votre hospitalisation (4 semaines environ), la chambre particulière en secteur :

- Nutrition-métabolisme, code DMT 184
- Gériatrie, code DMT 466
- Alzheimer, code DMT 960
- Convalescence et réadaptation, code DMT 737

Si vous bénéficiez d'une mutuelle ayant passé une convention avec l'établissement, le tarif de la chambre particulière sera plafonné à 47 €/jour. Vous bénéficierez d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle, selon le niveau de prise en charge de votre mutuelle.
Si votre mutuelle n'est pas conventionnée avec l'établissement un reste à charge allant jusqu'à 72€/jour pour la chambre particulière pourra vous être facturé. Le reste à charge dépendra du niveau de prise en charge de votre mutuelle.

N° FINESS de la Clinique d'Ursuya : 640010518

☐ **Je choisis d'être hospitalisé(e) en chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge (tarif journalier en vigueur : 47 € à 72 €) ; je comprends que le choix du type de chambre particulière est laissé à l'établissement en fonction des disponibilités du service)**

2/ DIVERS SERVICES :

Journal, service pressing, téléphone, internet, télévision ; possibilité de faire appel aux services d'un coiffeur et d'une esthéticienne.

*Afin de garantir les services optionnels que vous pourrez retenir avant et pendant votre séjour, un **chèque de caution de 300 € devra nous parvenir une semaine au plus tard avant l'entrée. Il ne sera pas encaissé sous réserve que vous puissiez produire un engagement de prise en charge de la part de votre complémentaire santé (mutuelle).***

Je m'engage expressément par les présentes à régler les dépenses des services non pris en charge par mon régime d'assurance maladie ou de complémentaire santé ;

Date : …… Signature obligatoire :

NOTE A L'ATTENTION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR

Conditions nécessaires pour bénéficier d'une réadaptation à l'effort :

Tout patient ayant un **suivi cardiologique régulier** doit fournir :
- Soit une épreuve d'effort
- Ou un test ischémique
- Ou une coronarographie de moins de 2 ans

Si les examens datent de plus de 2 ans, un certificat de son cardiologue traitant stipulant explicitement que l'état clinique du patient est compatible avec une réadaptation à l'effort est suffisant.

- Tout patient **tabagique** (actif ou non), **de plus de 35 ans**,
- Et tout patient de **plus de 45 ans** présentant **2 facteurs de risque cardiovasculaires** parmi hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie,

doit consulter un cardiologue pour discuter l'intérêt de réaliser une épreuve d'effort ou un test ischémique en vue d'une réadaptation à l'effort chez un patient à haut risque cardiovasculaire. Si le cardiologue juge que ses examens ne sont pas nécessaires, un certificat de sa part ou compte rendu de consultation stipulant la non contre-indication à la réadaptation à l'effort, est impératif.

Pour valider leur admission à la clinique, les patients doivent impérativement fournir les documents demandés s'ils répondent aux critères décrits ci-dessus.

FICHE MEDICALE (Page 2/3)

Faire compléter RECTO-VERSO, signer et tamponner PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR (identification en page 3/3)

MERCI DE PRENDRE CONNAISSANCE DE LA NOTE 1/3 DU VOLET MEDICAL, PAGE 6

Nom d'usage du patient : ……
Prénom : ……

Date de naissance : ..……..

100% ALD : ☐ Oui ☐Non
Si OUI, motif : ……

Provenance du patient : ☐ Domicile ☐ Hôpital / Clinique ☐ Centre de soins de suite

Si hospitalisé(e), nom de l'établissement : …….….
Service d'hospitalisation : ..……...
Date de début d'hospitalisation : ……..……. Date de sortie : ……..…

Motif détaillé de la demande d'hospitalisation en SSR :

■ **Poids :** ■ **Taille :** ■ **IMC :**

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitement en cours, <u>joindre OBLIGATOIREMENT une copie de l'ordonnance en cours avec le dossier de demande d'admission</u>

Si absence de traitement merci de le préciser

Un courrier rédigé par le médecin peut également être joint à toute demande d'admission afin de nous apporter toute précision jugée utile.

Evaluation de l'autonomie :

Alimentation :

- ☐ Normale
- ☐ Hypocalorique
- ☐ Diabétique
- ☐ Sans sel
- ☐ Mixée
- ☐ Gastrostomie
- ☐ Sonde gastrique

Mobilisation :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale
- ☐ Alitement permanent
- ☐ Levé au fauteuil
- ☐ Marche avec aide
- ☐ Canne
- ☐ Cannes anglaises
- ☐ Déambulateur
- ☐ Fauteuil roulant

Comportement :

- ☐ Calme
- ☐ Agité
- ☐ Agressif
- ☐ Confusion
- ☐ Troubles du langage
- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Comportement d'errance / fugue
- ☐ Dépressif
- ☐ Risque suicidaire

Elimination :

Urines

- ☐ Continent
- ☐ Incontinent
- ☐ Sonde

Selles

- ☐ Continent
- ☐ Incontinent
- ☐ Stomie

Soins d'hygiène :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

Habillage :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

Autonomie alimentaire :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

Confort :

- ☐ Surdité
- ☐ Cécité

Soins :

- ☐ Pansements, précisez type de plaies et localisation : ……
- ☐ Escarres, précisez localisation : ……
- ☐ Trachéotomie
- ☐ O2
- ☐ Ventilation du masque Durée de ventilation : ……

Merci de joindre à la demande médicale les CR des consultations spécialisées jusqu'à il y a un an
(cf note page 1/3 du volet médical)

NB : UN CERTIFICAT MEDICAL DOIT IMPERATIVEMENT ETRE REMIS AU PATIENT QUI L'ENVERRA A SA CAISSE POUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU SEJOUR. LE DOUBLE DEVRA ETRE JOINT A LA DEMANDE D'ADMISSION.

IDENTIFICATION MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Fait le : ……

Médecin prescripteur : Dr.....

Adresse : ……..

……..

Code postal : …… Ville : ……..

Téléphone : ……... Fax : ……..

SIGNATURE : CACHET :

TARIFS

Dispositions propres à l'établissement depuis le 01/02/2022

(Sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

Ce qui sera facturé,

Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie dont vous relevez :

- Celle-ci prend en charge le coût de l'hospitalisation, mais pas le forfait journalier de 18€/jour, exception faite des accidentés du travail et des pensionnés militaires.
- Le forfait journalier sera à la charge de votre mutuelle, selon votre contrat, ou de la CSS complémentaire ou de vous-même.

Si vous n'avez pas de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie :

- Celle-ci prend en charge 80 % du coût de l'hospitalisation pendant 30 jours consécutifs, puis 100% au-delà.
- Le ticket modérateur et le forfait journalier pourront être pris en charge par votre mutuelle (selon votre contrat), par la CSS complémentaire ou par vous-même.

PRIX DE JOURNEE	**Assurance maladie et/ou mutuelle, CSS ou vous même**
DMT 184 Affections hépato-digestives	
DMT 466 Convalescence, réadaptation personnes âgées	
DMT 737 Convalescence et Réadaptation	
DMT 960 Unité Cognitivo Comportementale	
FORFAIT JOURNALIER	**A votre charge, votre mutuelle ou CSS** 20 € /jour
CHAMBRE PARTICULIERE	**A votre charge ou votre mutuelle** 47 € à 72 € / jour *Le choix du type de chambre particulière est laissé libre à l'établissement en fonction des disponibilités du service*
L'établissement est conventionné avec les mutuelles.	
La chambre particulière reste à votre charge ou à celle de votre mutuelle même si vous bénéficiez d'une couverture à 100% par le régime obligatoire.	
SEJOUR ACCOMPAGNANT	**A votre charge**
LA NUIT	10,00 €
LE PETIT DEJEUNER	2,00 €
LE DEJEUNER	10,00 €
LE DINER	6,00 €
FRAIS DIVERS	**A votre charge**
TELEVISION	3,00 € / jour
WIFI	3,00 € / jour
TELEPHONE	Ouverture de la ligne : 5.00 € Forfait 4 semaines ouverture de la ligne + émission d'appels : 20.00 € Par semaine supplémentaire :+5.00€