

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION ET DE PRE ADMISSION

Afin de nous permettre d'étudier votre demande dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir nous faire parvenir l'ensemble des documents complétés ainsi que les documents listés **via le site DOCTOLIB**.

Pour cela, merci de nous adresser les documents suivants **sur le site DOCTOLIB en respectant les différentes étapes** (ne pas mélanger les différents documents entre eux !) :

- Demande d'admission complétée par votre médecin adresseur (psychiatre ou traitant) ;
- Pré admission complétée par vos soins ;
- Pièce d'identité ;
- Attestation de sécurité sociale ;
- Carte de mutuelle en cours ;
- Ordonnance en cours.

Le dossier complet est soumis à l'accord d'une commission d'admission. Les documents doivent être correctement remplis pour que votre dossier soit étudié.

Après accord, votre demande est enregistrée.

Une date d'entrée sera ensuite proposée par téléphone avec un délai variable en fonction de la longueur de notre file active.

Une priorité est accordée aux demandes émanant du département du Gard et de la région Occitanie.

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE SEJOUR

Afin de vous assurer de la prise en charge financière de votre séjour, vous devez contacter votre mutuelle afin de connaître vos garanties d'hospitalisation.

Pour cela, il est important de leur communiquer les informations suivantes :

- **Code Finess** de l'établissement : 300780210
- **Code DMT** : 860 ou 864 (si personnel médical)
- **Les Questions à poser** :
 - Prennent-ils en charge le forfait journalier ? Si oui à hauteur de quel tarif et pendant combien de temps ?
 - Prennent-ils en charge la chambre particulière ? Si oui à hauteur de quel tarif et pendant combien de temps ?

PRECISER PSYCHIATRIE !

ATTENTION : Si vous avez été hospitalisé dans l'année, penser à demander votre consommation de jours déjà utilisés

Pour INFORMATION : Si vous êtes adhérent des mutuelles suivantes (MGEN, SWISS LIFE), **nous ne sommes pas conventionnés** avec ces dernières.

De ce fait, il vous faudra **faire l'avance des frais** et vous faire rembourser sur facture acquittée.

Nous pourrions dans ce cas vous proposer des facilités de paiement (ex : encaissement du chèque à 3 semaines ...).



Sexe : NOM USUEL :

NOM NAISS : PRENOMS :/...../.....

DATE NAISS : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....

MOBILE : E-Mail :

PROFESSION EXACTE :

N° SECURITE SOCIALE :

☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ MGEN ☐ AUTRE :

MUTUELLE :

TELEPHONE : N° ADHERENT :

DMT : ☐ 860 ☐ 864 (si personnel médical)

CONTRAT : ☐ Année Civile ☐ Date Anniversaire ☐ Durée de Vie du contrat

Forfait Journalier : Montant : ☐ DUREE / AN :
 ☐ Nombre de jours déjà utilisé dans l'année :

Chambre Particulière : Montant : ☐ NON
 ☐ DUREE / AN :
 ☐ Nombre de jours déjà utilisé dans l'année :

2



CLINIQUE PSYCHIATRIQUE BELLE RIVE

55, avenue Gabriel Péri, 30400 Villeneuve lès Avignon
Tél. 04 90 15 68 68
www.clinique-bellerive.fr
Siret: 60020011700015 - TVA Intra: FR 33 600200117

PROTECTION JURIDIQUE

☐ TUTELLE ☐ CURATELLE ☐ SAUVEGARDE DE JUSTICE

NOM ASSOCIATION : TEL :

VOTRE PHARMACIE DE VILLE

Nom de la Pharmacie :

Ville : CP :

INFORMATIONS A DESTINATION DU PATIENT

Lors de votre admission, vous devez être muni de :

- ☐ CARTE VITALE
- ☐ CARTE DE MUTUELLE (en cours de validité)
- ☐ PIECE D'IDENTITÉ, (CNI, passeport ou carte de séjour)
- ☐ MEDICAMENTS (pour une durée de 3 jours et Hors Psy) – **Pas de pilulier / Boite uniquement**
- ☐ **ORDONNANCES** (psy et somatique)
- ☐ **Bilan Bio (- 6 mois) = résultat prise de sang (si déjà réalisé)**
- ☐ **ECG (électrocardiogramme) interprété : moins d'1 an (si déjà réalisé)**
- ☐ **Si rédaction des directives anticipées, les amener pour les scanner dans le dossier.**

☐ DEPOT DE GARANTIE DE 200€ (chèque, espèces, CB) **OBLIGATOIRE !**

Si vous êtes sous tutelle ou curatelle, pas de dépôt de garantie nécessaire !

- ☐ SI RESTE A CHARGE, PROVISION POUR LE MOIS EN COURS
 - ☐ MOYEN DE RÈGLEMENTS A PREVOIR → Chèque, Carte bancaire, Espèces
 - ☐ **ENVELOPPES ET TIMBRES**
 - ☐ PREVOIR LE **NECESSAIRE DE TOILETTE** (y compris serviette de toilette)
 - ☐ **TENUE DE SPORT**
 - ☐ **TAPIS DE BAIN** (Sécurité sortie de douche)
 - ☐ **MAILLOT DE BAIN**
 - ☐ **BONNET DE BAIN**
 - ☐ **SERVIETTE**
 - ☐ **GEL DOUCHE**
- BALNEOTHERAPIE**

Date :

Signature patient :