

## Hôpital De Jour CÉRÈS

65, Voie Romaine

06000 NICE

☎ : 04.89.08.76.00

**Email :** [contact@hdjceres.com](mailto:contact@hdjceres.com)

N°FINESS : 060023694



Madame, Monsieur,

Nous serions heureux de vous accueillir très prochainement dans notre établissement.

Nous vous adressons les dossiers administratifs et médicaux pour votre future admission et nous vous remercions de bien vouloir les compléter précisément, partie administrative par vous-même et partie médicale par votre médecin.

Dès que ces dossiers seront dûment complétés, merci de les adresser à notre établissement :

**HOPITAL DE JOUR CERES  
65, VOIE ROMAINE  
06000 NICE**

Ils seront visés par la secrétaire pour la partie administrative et par le médecin du service pour la partie médicale.

A la lecture de tous les renseignements donnés, une date d'admission pourra être fixée.

Pour tous renseignements, nous restons à votre disposition et sommes joignables au **04.89.08.76.00**.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le secrétariat

## NOTICE D'INFORMATION Dossier de pré-admission

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer un séjour dans notre établissement et nous vous en remercions.  
Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-admission.

### Dossiers à compléter et à nous retourner signés

#### **Dossier Administratif de pré-admission**

Ce document est à compléter (**recto-verso**) et à signer par vos soins.

Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document.

#### **Dossier Médical de pré-admission**

Ce document est à faire compléter par votre médecin prescripteur. Il est à nous retourner sous pli confidentiel avec le reste de votre dossier **et la prescription médicale du séjour** (établie par le médecin sur simple feuille d'ordonnance, elle fait office de prise en charge pour la CPAM).

Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document (vérifiez que votre médecin a bien apposé son cachet et sa signature sur la demande).

### Pièces justificatives à fournir

#### **Copie de votre attestation papier de sécurité sociale en cours de validité => IMPERATIF**

Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie ou sur le site internet de la CPAM : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) . Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits. *Si votre caisse de régime obligatoire est autre que la CPAM (RSI/RAM, MGEFI, SNCF, MSA, MONACO, CPRCEN), merci de nous contacter.*

#### **Copie recto verso de votre carte de complémentaire santé en cours de validité**

Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

**Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.**

#### **Copie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité**

#### **Les documents médicaux indiqués au verso de cette page.**

#### **Une photo d'identité récente à coller sur le dossier médical** (cadre en haut à droite)

**Nous vous remercions de bien vouloir retourner votre dossier de pré-admission rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées.**

Votre dossier médical de pré-admission sera transmis au médecin de notre établissement pour avis :

**Si un refus d'admission est prononcé :**

- Vous recevrez un courrier vous informant du refus
- Votre médecin recevra un courrier l'informant des motifs de ce refus et pourra ainsi vous les communiquer

**Si un accord d'admission est prononcé :**

- Vous recevrez un courrier de confirmation de votre admission
- Votre médecin recevra un courrier l'informant de votre admission

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

A compléter par vos soins recto verso, à signer et à nous renvoyer

NOM : ..... PRENOMS : .....

NOM DE NAISSANCE: ..... NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION FAMILIALE :  Marié (e)- pacsé (e)-en union libre  Célibataire
 Veuf-veuve  Séparé(e)-divorcé (e)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE FIXE : ..... TELEPHONE PORTABLE : .....

EMAIL : .....

PROFESSION : .....

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE : .....

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : .....

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

BENEFICIAIRE :  Assuré (e)  Conjoint  Ascendant
 Enfant  Concubin

MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) : .....

NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT : .....

TELEPHONE DE L'ORGANISME : ..... FAX : .....

**POSITION JURIDIQUE :**

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR

NOM DU TUTEUR OU CURATEUR : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL : ..... TEL PORTABLE.....

**PERSONNE A PREVENIR (A remplir obligatoirement) :**

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Généraliste     Spécialiste     Aucun

NOM DU MEDECIN : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL : ..... TEL PORTABLE.....

Est-il votre Médecin traitant ?                       OUI                       NON

Est-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ?     OUI                       NON

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ?     OUI                       NON

Si OUI, à quelle date ? : ...../...../..20.....

**Cadre réservé à l'établissement**

**Reçu le :**

**OK :**

Nom (secrétaire médico-administrative)

.....

Signature (secrétaire médico-administrative)

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

# CONTRAT MORAL



**Je soussigné(e), Mlle, Mme, M. :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

## **M'engage à :**

- ❖ Respecter le règlement intérieur de l'établissement. (Affiché sur le tableau d'affichage du hall à côté de l'accueil).
- ❖ Ne pas consommer de boissons ou d'aliments autres que ceux autorisés par l'établissement.
- ❖ Ne pas quitter l'établissement durant mon hospitalisation sans en avoir informé le personnel soignant et signé une décharge le cas échéant.
- ❖ Adopter un comportement adapté à un établissement hospitalier.
- ❖ Respecter l'usage du vouvoiement envers les membres de l'équipe pluridisciplinaire y compris les éventuels stagiaires.
- ❖ Respecter les horaires d'arrivée et de chaque activité prévue sur le planning.

## **Je suis informé(e) :**

- ❖ Du caractère confidentiel des informations de santé et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers (famille, entourage, assureur, employeurs)
- ❖ Que je peux avoir accès, selon la procédure en vigueur, à mon dossier médical (selon la loi du 4 Mars 2002 en application) durant mon hospitalisation, ou après.
- ❖ Qu'un certain nombre d'informations me concernant sont informatisées. Il m'est possible de les consulter et en cas d'erreur d'en demander la correction auprès de :
  - L'accueil pour les informations administratives
  - Du Médecin du secteur pour les informations médicales
- ❖ Que toute annulation de journée doit être communiquée 48h à l'avance minimum
- ❖ Que toute annulation communiquée après le délai de 48h et non justifiée par un certificat médical fera l'objet, au bout de trois reprises, d'un arrêt de l'hospitalisation.  
Par ailleurs, les journées annulées ne pourront plus être reportées pour le bon fonctionnement de l'Hôpital de Jour.

## **Je souhaite :**

- ❖ La non-divulgaration de ma présence  OUI  NON
- ❖ Recevoir des communications téléphoniques  OUI  NON

## **Je certifie :**

- ❖ Prendre à ma charge le règlement des frais non pris en charge par mon organisme de Sécurité Sociale et/ou mutuelle.
- ❖ Autoriser l'établissement à utiliser ma photo à des fins d'identification durant mon séjour.

**Fait à NICE le :** ...../...../.....

**Signature du patient**

## CONSETEMENT RGPD

Je soussigné(e), Nom :

Prénom :

**Autorise l'Hôpital de Jour Cérés à traiter mes données personnelles suivantes, nécessaires à ma prise en charge dans l'établissement :**

- Prise en charge administrative
- Prise en charge médicale

Les données suivantes sont utilisées pour une identification fiable lors de la prise en charge médicale (dossier médical, étiquettes et bracelet d'identification, fiches repas, élargement et planning pour les ateliers, PMSI, statistiques anonymisées, analyses labo...), de la correspondance avec les médecins de ville et les autres établissements de santé/Ehpad, avec les caisses de sécurité sociale et de mutuelle, pour la facturation, les transports :

Nom de naissance ou nom de famille  
Prénom (le 1<sup>er</sup>)  
Date de naissance  
Sexe  
Pays de naissance  
Lieu de naissance pour les patients français  
Photo  
Numéro de sécurité sociale (carte vitale/ attestation papier)

Carte mutuelle  
Nom d'usage  
Adresse du domicile  
Catégorie socioprofessionnelle  
Situation matrimoniale  
N° de téléphone / email  
Personne à prévenir  
Médecin traitant  
Données de santé

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, et au texte du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), voté en 2016 et applicable dans l'Union européenne à compter du 25 Mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.*

### **Vous bénéficiez également :**

*D'un droit d'effacement de vos données au-delà des durées de conservations préalablement définies (art. 17), d'une limitation du traitement relatif à la personne concernée (18), et du droit à la portabilité de ces données (art. 20) c'est-à-dire transmettre ces données d'un responsable de traitement à un autre dans un format structuré couramment utilisé et lisible par machine.*

*Du droit de vous opposer à n'importe quel moment à un traitement de données, « pour des raisons tenant à sa situation particulière » si ce traitement ne présente pas de caractère obligatoire (art. 21).*

*Du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.*

*Droit de retirer le consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.*

*Droit de ne pas faire l'objet d'une décision résultant exclusivement d'un traitement automatisé y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant d'une manière significative (art.22)*

Si vous souhaitez exercer l'un de ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à notre DPO : Aurélie Di Pasquale.

**Par voie électronique :** [dpo@unitededietetique.com](mailto:dpo@unitededietetique.com)

**Par courrier postal :** A. Di Pasquale – Responsable Qualité – Unité de diététique – 2344 Route de la Fénerie – 06580 PEGOMAS

Date :  
Signature :

**DE VOS MEDECINS/INFIRMIERE**

**Médecin généraliste** (si différent du médecin ayant prescrit le séjour) :

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**Médecin endocrinologue et/ou diabétologue :**

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**Médecin cardiologue :**

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**Médecin psychiatre :**

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**Médecin autre :** ..... (préciser)

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**Infirmière :**

NOM /PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM :

Prénom :

Date :

Signature :

## VOS MOTIVATIONS / ATTENTES

Madame, Monsieur,

Pour préparer au mieux votre entrée et comprendre vos attentes, merci de bien vouloir répondre à la question suivante :

**Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous intégrer le programme de l'Hôpital de jour CERES ?**