

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS - HOSPITALISATION DE NUIT

### ENFANT

NOM .....  
Prénom .....  
Date de naissance ...../...../.....  
Lieu de naissance.....  
Sexe :  
Nationalité :

#### Cadre réservé administratif

IPP :

### *PERE*

NOM .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal + Ville.....  
Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
N° Téléphone .....  
Profession.....

### *MERE*

NOM .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal + Ville.....  
Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
N° Téléphone .....  
Profession.....

Autorité parentale détenue par :  PERE  MERE  TUTEUR

### AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) .....  père,  mère,  tuteur légal, donne l'autorisation aux médecins de la Maisonnée de pratiquer les soins que nécessite l'état de santé de mon enfant et de le transférer en milieu hospitalier en cas d'urgence.

En tout état de cause, la personne donnant son accord est tenue informée de la décision d'hospitalisation.

#### DOCUMENTS A FOURNIR :

- Carte vitale ou Attestation papier de sécurité sociale
- Carte mutuelle (recto/verso) ou attestation CMU-C
- Accord de prise en charge mutuelle
- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant (à demander à votre assurance habitation)
- Règlement (25 € : accompagnant) ou (30 € : accompagnant + repas)
- Pièces d'identités parents / enfant
- Livret de famille
- Prescription médicale du médecin référent

Fait à

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Signature :

--

## FICHE CHAMBRE + REPAS

### ENFANT

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Date prévue de la polygraphie du sommeil ...../...../.....

### **CHAMBRE**

Merci de cocher votre choix :

30 euros (chambre accompagnante avec petit déjeuner + repas accompagnant du soir)

25 euros (chambre accompagnante avec petit déjeuner)

La maisonnée ne pourra pas vous servir un repas s'il n'a pas été commandé au préalable. ATTENTION TOUT CHANGEMENT DEVRA SE FAIRE 15 JOURS AVANT LA DATE D'HOSPITALISATION, PASSE CE DELAI, CE QUI A ETE COMMANDE VOUS SERA FACTURE

### **MOBILITE REDUITE DE VOTRE ENFANT**

si votre enfant a une mobilité réduite, merci de cocher cette case

Pour des raisons de responsabilité, si votre enfant ou vous-même présentez des allergies ou des intolérances alimentaires, la Maisonnée ne pourra pas cuisiner de repas alternatif. Merci de prévoir votre/ vos repas.

### **REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT**

Merci de cocher votre choix :

allergie(s) ou intolérance(s) merci de préciser.....

alimentation mixée,

régime sans viande/ sans porc

ne mange pas

### **REGIME ALIMENTAIRE DE L'ACCOMPAGNANT**

Merci de cocher votre choix :

allergie(s) ou intolérance(s) merci de préciser.....

régime sans viande/ sans porc

Le dîner est servi aux alentours de 18h30-19h.

### **MOBILITE REDUITE DE VOTRE ENFANT**

si votre enfant a une mobilité réduite, merci de cocher cette case

Fait à

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Signature :

--

# INFORMATIONS IMPORTANTES

- Le jour de l'examen, pensez à prendre :
  - **Le matériel de ventilation (VNI-CPAP) y compris les cartes mémoires,**
  - les ordonnances avec les médicaments,
  - l'alimentation et les couches
  
- Avant l'hospitalisation de votre enfant, demandez à votre mutuelle de nous transmettre une prise en charge hospitalière en lui indiquant les éléments suivants :
  - Date d'entrée et de sortie
  - Mode de traitement : hospitalisation de nuit
  - n° FINESS : 690 790 472
  - n° DMT : 180 (Rééducation des affections respiratoires)
  - n° de Fax : 04.72.16.22.09 ou mail : [adm.maisonnee@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:adm.maisonnee@ugecam.assurance-maladie.fr)
  
- Renvoyez l'ENSEMBLE des documents demandés avant l'hospitalisation de votre enfant en format PDF par mail à : **[adm.maisonnee@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:adm.maisonnee@ugecam.assurance-maladie.fr)**
  
- Le règlement de 25 euros (chambre accompagnante) ou de 30 euros (chambre accompagnante + repas accompagnant) est réglable soit :
  - en carte bleue** ou en **espèces** (*le jour de votre arrivée*),
  - par chèque** : à nous renvoyer par voie postale (*avant l'hospitalisation de votre enfant*).
  - Par virement** : (*avant l'hospitalisation de votre enfant*)
    - Indiquer dans le libellé le nom et la date d'hospitalisation de votre enfant.
    - BANQUE : BNP
    - IBAN : FR76 3000 4022 4900 0113 8149 284
    - BIC : BNPAFRPPXXX
  
- Une facture acquittée vous sera envoyée à votre domicile le mois suivant l'hospitalisation de votre enfant. Il faudra l'envoyer à votre mutuelle pour le remboursement des frais avancés. (selon contrat)
  
- Le repas de la personne accompagnante (5 euros) peut être commandé au minimum 15 jours avant l'entrée de votre enfant. Pour cela, il faut contacter la secrétaire par mail ou par téléphone. (04.72.16.22.41)  
Si le repas n'a pas été commandé : **Attention** pensez à apporter votre repas froid. Le protocole anti-COVID vous oblige à rester dans la chambre de 16H00 à 7H00. Aucune sortie vers l'extérieur n'est autorisée une fois installés en chambre.