

# DOSSIER DE PRE-ADMISSION



POLYCLINIQUE de  
BORDEAUX TONDU

Nature du séjour :  Sommeil  SSR  Médecine

Nom du praticien : \_\_\_\_\_

Date d'entrée prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

143 à 153 rue du Tondu  
33082 BORDEAUX CEDEX  
☎ 05.24.54.50.65  
📠 05.56.00.44.70  
[accueil@bordeauxtondu.fr](mailto:accueil@bordeauxtondu.fr)  
Finess 3307810402  
Code DMT 181



## **IMPORTANT:**

Les documents demandés ci-dessous sont obligatoires et doivent être joints au dossier.

### **PATIENT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
Adresse patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ ☎ Fixe \_\_\_\_\_ 📞 Port \_\_\_\_\_  
Mail @ (du parent si patient mineur) : \_\_\_\_\_  
Nom de caisse de la sécurité sociale \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
 ALD  Invalidité  Accident du travail  
Nom et adresse Mutuelle \_\_\_\_\_  
Médecin traitant \_\_\_\_\_

### **ASSURE, si différent du patient (conjoint ou parent d'un mineur)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
Adresse de l'assuré \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ ☎ Fixe \_\_\_\_\_ 📞 Port \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Nom et adresse Mutuelle \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTS INDISPENSABLES A JOINDRE A CE DOSSIER :**

1. La photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)
2. La Carte Vitale à jour ou la photocopie de l'attestation de la sécurité sociale de l'année en cours
3. Si votre hospitalisation est en relation avec un accident du travail, le formulaire de déclaration initiale établi par votre employeur

# DOSSIER PRESTATIONS

## NOS PRESTATIONS D'HEBERGEMENT ET DE SERVICES \*

**Prestation confort\*** : 12€/jour

- Télévision
- Eau minérale
- Wifi
- Solution d'hygiène

**Prestation accompagnement administratif\*** : 10 €/séjour

- Démarches administratives auprès des mutuelles sur présentation d'une prise en charge : la copie de votre carte mutuelle recto-verso doit être transmise
- Prise en charge des appels téléphoniques pour organiser la sortie du patient (sociétés d'ambulance, taxi, accompagnants...) à l'exclusion des transports prescrits par votre médecin.
- Démarches administratives pour placement du patient en Centre de Soins de Suite (convalescence) et faciliter son retour à domicile à l'exclusion des placements prescrits par votre médecin
- Démarches et accompagnement spécifiques du patient et/ou de la famille en vue d'obtenir des aides financières, sociales

\* Ces prestations ne sont pas prises en charges par l'Assurance Maladie, vous trouverez toutes les informations utiles sur notre site internet [www.bordeauxtondu.fr](http://www.bordeauxtondu.fr)

En souscrivant à ce forfait « Prestation accompagnement administratif », je reconnais solliciter la Polyclinique de Bordeaux Tondu pour recueillir, auprès des organismes d'assurance ou mutuelle qui couvrent ou assurent les dépenses non prises en charge par les organismes d'assurance maladie, l'ensemble des informations nécessaires permettant, lors de l'admission, de connaître la part des dépenses à la charge de la mutuelle ou assurance et celles qui m'incombent. Je reconnais avoir été informé(e) du montant de la prestation de 10 € et m'engage à régler cette somme à ma sortie.

## VOS OPTIONS

Selon les disponibilités de l'établissement, une chambre particulière ou une chambre double vous sera attribuée. Vous pouvez nous indiquer votre préférence :

**Chambre particulière** : 72€/jour en hospitalisation - 45€/jour en ambulatoire\*

\* En ambulatoire, votre installation en chambre ou salon peut être décidée selon le motif de votre prise en charge.

**L'assurance réservation chambre particulière en hospitalisation** : 5€/séjour

**Téléphone** : 6€ l'ouverture de ligne + 0,30€ la minute

**Forfait pour l'accompagnant** incluant la nuit et le petit déjeuner (20 €/nuit)

**Repas accompagnant** : 12 €/repas - renouvelez votre demande auprès du service de soins

Je déclare être informé :

☞ Qu'un coffre est mis gratuitement à ma disposition (utilisable avec une pièce de 1€) pour y déposer tout objet de valeur. La direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

☞ Qu'en cas d'irrégularité de mes droits Sécurité Sociale, un chèque de caution d'un montant de 270 € me sera réclamé lors de l'admission.

☞ Que la clinique ne sera pas en mesure de pratiquer le tiers-payant si l'accord de prise en charge de ma complémentaire santé n'a pas été délivré au jour de mon admission. En ambulatoire, la clinique ne pourra pas pratiquer le tiers payant sur le seul ticket modérateur forfaitaire (18€).

Je m'engage par conséquent à régler, à ma sortie de l'établissement, les frais médicaux, dépassements d'honoraires et tous suppléments que j'ai coché ci-dessus dans les prestations d'hébergement et de services non pris en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeur.

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé" :

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE



POLYCLINIQUE de  
BORDEAUX TONDU

**FORMULAIRE A TRANSMETTRE A  
VOTRE MUTUELLE MINIMUM 15  
JOURS AVANT VOTRE ENTREE A LA  
CLINIQUE**

143 à 153 rue du Tondu  
33082 BORDEAUX CEDEX  
Standard : 08.26.963.963  
Fax : 05.56.00.44.70  
www.bordeauxtondu.fr  
FINESS : 330.781.402

## A REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro d'adhérent mutuelle : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

Nature du séjour (cf.page de garde):  Médecine  Convalescence

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date d'entrée prévue (cf.page de garde) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

Chambre particulière	<input type="checkbox"/> Au tarif de .....€ par jour	<input type="checkbox"/> Non pris en charge
Forfait journalier	<input type="checkbox"/> Au tarif de .....€ par jour	<input type="checkbox"/> Non pris en charge
Forfait « participation assuré »	<input type="checkbox"/> Au tarif de 18€ par jour si acte $\geq$ 120€	<input type="checkbox"/> Non pris en charge
Dépassements d'honoraires	<input type="checkbox"/> Au tarif de .....%	<input type="checkbox"/> Non pris en charge