

DOSSIER DE PRE-ADMISSION



POLYCLINIQUE de
BORDEAUX TONDU

Nature du séjour : HOSPITALISATION 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
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
- Gel hydro alcoolique

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
- Mise à jour de la carte vitale
- 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

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" :