

Nature du séjour : AMBULATOIRE HOSPITALISATION

Nom du praticien : _____

Date d'entrée prévue : ____/____/____

IMPORTANT : Ce dossier doit être déposé au bureau des préadmissions le jour de la consultation pré-anesthésique.

Si votre intervention ne nécessite pas d'anesthésie, le dossier est à nous transmettre par mail ou courrier au plus tard 3 jours avant votre hospitalisation.

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

46 A avenue Jean Alfonséa

CS 20048

33272 FLOIRAC Cedex

☎ 05.56.00.26.26

📄 05.56.00.44.70

accueil@bordeauxtondu.fr

FINESS 330781402

Code DMT 181

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. Le devis signé du chirurgien
2. La photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)
3. La Carte Vitale à jour ou la photocopie de l'attestation de la sécurité sociale de l'année en cours
4. Photocopie recto verso de la carte de mutuelle
5. Si votre hospitalisation est en relation avec un accident du travail, le formulaire de déclaration initiale établi par votre employeur
6. Pour les mineurs, le livret de famille, la photocopie des pièces d'identité des 2 parents ou du représentant légal de l'enfant.

DOSSIER PRESTATIONS

Ces prestations ne sont pas prises en charges par l'Assurance Maladie, retrouvez toutes les informations utiles sur notre site internet www.bordeauxtondu.fr.

Prestations		Chambre particulière			Forfait Confort	Forfait Bien-Être	AMBULATOIRE	
		Standard	Confort	Premium			Forfait Ambulatoire	Chambre particulière
Tranquillité	Chambre particulière	✓	✓	✓				✓
	Coffre-fort	✓	✓	✓			✓	✓
	Toilettes individuelles	✓	✓	✓				
	Douche individuelle	✓	✓	✓				
Divertissement	TV TNT		✓		✓		✓	
	TV grand écran TNT			✓				
	Wifi		✓	✓	✓		✓	
Bien-être	Aménagement Premium			✓				
	Serviette/tapis douche			✓		✓		
	Chaussons			✓		✓		
	Trousse bien-être			✓		✓		
	Chevet réfrigéré + boissons			✓				
	Bouilloire			✓				
	Bouteille d'eau		✓	✓	✓		✓	
Solution hygiène		✓	✓	✓		✓		
Tarifs		90 €/jour	99 €/jour	130 €/jour	12 €/jour	15 €/Sem	25 €/jour	40 €/jour
Sélectionnez votre offre hôtelière		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous souhaitez :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Téléphonie : 6 € à l'ouverture + 0.15 €/min + tarif local | <input type="checkbox"/> Garantie réservation chambre particulière : 5 € / séjour |
| <input type="checkbox"/> Wifi premium : 5 € / Jour | <input type="checkbox"/> Forfait accompagnant (nuit + petit déjeuner) : 25 € / nuit |
| <input type="checkbox"/> Repas accompagnant : 12 € / repas | <input type="checkbox"/> Trousse bien-être : 7 € l'unité |

Selon les disponibilités de l'établissement, une chambre particulière ou une chambre double vous sera attribuée.

Toute sortie après 10 H donnera lieu à facturation d'un jour de prestation.

Je déclare être informé (e) :

- ☞ 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 (24 €).

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 sollicité et coché en connaissance de cause ci-dessus dans les prestations. Je reconnais avoir été informé par la Clinique que les options sollicitées et cochées par mes soins peuvent ne pas être prises en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeur.

Fait à..... le.....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé Bon pour Accord »