

# DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Nature du séjour : MEDECINE  SSR  SOMMEIL   
 Nom du praticien : \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

46 A avenue Jean Alfonséa  
 CS 20048  
 33272 FLOIRAC Cedex  
 ☎ 05.56.00.26.26  
 📠 05.56.00.44.70

**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.

[accueil@bordeauxtondu.fr](mailto:accueil@bordeauxtondu.fr)

FINESS 330781402

## 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. Si votre hospitalisation est en relation avec un accident du travail, le formulaire de déclaration initiale établi par votre employeur
5. Pour les mineurs, 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](http://www.bordeauxtondu.fr).

Prestations		Chambre particulière			Forfait Confort	Forfait Bien-Être
		Standard	Confort	Premium		
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
Sélectionnez votre offre hôtelière		<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                            |

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 coché ci-dessus dans les prestations, options non pris en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeur.

Les informations portées sur le dossier patient sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé relatif au parcours du patient et destinées à l'ensemble des professionnels de santé.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez l'exercer, obtenir communication des informations vous concernant veuillez adresser votre demande à l'attention du Délégué à la Protection des Données soit par courrier, soit par mail à [dpo@bordeauxtondu.fr](mailto:dpo@bordeauxtondu.fr)

Fait à..... le.....

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

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

46 A avenue Jean Alfonséa  
CS 20048  
33272 FLOIRAC Cedex  
☎ 05.56.00.26.26  
📠 05.56.00.44.70

[accueil@bordeauxtondu.fr](mailto:accueil@bordeauxtondu.fr)

FINESS 330781402

### 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

DMT 174

DMT 170/184/187

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 24€ 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

