

Formalités administratives avant mon séjour

Afin de préparer votre séjour à la clinique Paris-Bercy, vous **devez réaliser votre préadmission**.

Tout se fait par mail ! Pour constituer votre dossier, suivez les consignes ci-dessous :

1

Complétez le formulaire de préadmission

Vous le trouverez à suite de ce document. Vous pouvez l'imprimer ou le remplir directement depuis votre ordinateur.

2

Faites vos choix hôteliers selon nos offres

Hospitalisation

Jade Agate Opale Topaze

Télé / wifi	✓	✓	✓	✓
Chambre particulière		✓	✓	✓
Linge et produits de bain			✓	✓
Peignoir / chaussons			✓	✓
Nespresso / Bouilloire				✓
Prix par jour	0€	130€	160€	200€



En hospitalisation, s'ajoute aux frais hôteliers un forfait à 20€ par jour ainsi que le PAS¹ à 24€

Ambulatoire

Box Chambre

Trousse de toilette	✓	✓
Collation améliorée	✓	✓
Box ou fauteuils	✓	
Chambre particulière		✓
Prix par jour	50€	95€
Frais hors hôtellerie : PAS ¹ sauf exonération	24€	24€
Total à régler	74€	119€

3

Scannez et envoyez vos documents

Afin de constituer votre dossier, nous avons besoin :

- De la copie d'une pièce d'identité (recto verso)
- D'une copie de votre carte de mutuelle (recto verso)
- Du formulaire de préadmission **remplé et signé**
- Du consentement éclairé présent dans votre passeport d'hospitalisation **signé**
- De la fiche tarifaire en dernière page de votre passeport d'hospitalisation ou le devis remis par votre chirurgien.



Envoyez tous vos documents par mail à preadmission@clinique-bercy.fr

4

Suivez l'avancée de votre dossier

Vous avez des questions sur votre dossier ?

Une équipe d'agents spécialisés est à votre disposition du lundi au vendredi, de 8h à 19h

- par mail : preadmission@clinique-bercy.fr
- par téléphone : 01 43 96 86 22 ou 01 43 96 78 66

INFORMATION PATIENT

NOM

NOM DE NAISSANCE

PRENOM _____

NE(E) LE

--	--	--	--	--	--	--	--

 À _____

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

EMAIL :

Si le patient n'est pas l'assuré, veuillez noter le nom et prénom de l'assuré(e) et faire signer :

NOM

PRÉNOM

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

CAISSE ASSURANCE MALADIE

[illegible]

RÉGIME OBLIGATOIRE : _____

CP | | | | | VILLE _____

CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) ☐ OUI ☐ NON

MUTUELLE

MUTUELLE :

Joindre votre carte de mutuelle au dossier de préadmission

TYPE DE SEJOUR ET CHOIX HOTELIER

*Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue **sous réserve des disponibilités** de l'établissements le jour de votre entrée*

☐ **HOSPITALISATION COMPLÈTE** (au moins 1 nuit)

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

☐ CHAMBRE DOUBLE JADE (0)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE AGATE (130)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE OPALE (160)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE TOPAZE (200)

☐ AMBULATOIRE

Cocher le choix hôtelier (cf. notice)

□ BOX AMBULATOIRE (50)

☐ CHAMBRE PARTICULIERE (95)

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM _____ NOM _____

PRÉNOM _____ PRÉNOM _____

TEL TEL

LIEN LIEN

Frais à la charge du patient hors hôtellerie :

- **Séjour ambulatoire** : Participation Assuré Social 24€
- **Séjour hospitalisation** : Participation Assuré Social 24€ + Forfait journalier 20€ (à régler par journée d'hospitalisation)

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.

SIGNATURE :