

**INFORMATION PREALABLE SUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE NON MEDICALISE ( Art.R.6111-53)**

Décret 2021-11-14 en date du 25/08/2021 et Arrêté du 25/08/2021 Bordeaux le 18 janvier 2024

**Madame X**

**Adresse du domicile : X**

**Téléphone : X**

**N° de SS : X**

**DATE DE CHIRURGIE : X**

**Estimation de la durée d'hospitalisation: X**

Vous allez bénéficier d'une prise en charge de votre hébergement à votre sortie de clinique . Cet hébergement vous est proposé car votre état de santé en post opératoire immédiat nécessite des soins itératifs ou spécifiques pendant une certaine durée à proximité de votre établissement de santé. ( Art.R.6111-52)

Cet hébergement temporaire non médicalisé doit se faire sur les établissements hôteliers conventionnés suivants ( Art. R.6111-51) :

- RESIDHOTEL galerie Tatry, 170 cours du Médoc 33000 Bordeaux, téléphone : 05.56.07.71.80
- Domitys , Résidence Le Millésime, 10 rue Henri Salmide 33300 Bordeaux , téléphone : 07.62.09.56.58 Email : cecile.esquerre@domitys.fr

**Modalités de la prise en charge :**

- Le montant pris en charge est de 80 € par nuit au total , pour la patiente et un accompagnant. La facture établie en fin de séjour en HTNM sera transmise à l'établissement hospitalier par le service facturation de la résidence hôtelière accompagnée de l'ordonnance prescriptrice de votre chirurgien .
- Tous les frais supérieurs à ce montant seront à régler par la patiente directement à l'établissement hôtelier.
- La durée du séjour est de 21 jours maximum en amont ou en aval du séjour hospitalier ( séjour hospitalier exclu). Elle ne peut excéder trois nuits consécutives sans acte ou prestation assuré par l'établissement de santé.
- La durée du séjour sera stipulée par votre chirurgien
- **Votre hébergement hôtelier ne peut être pris en charge le temps de votre hospitalisation à la clinique Tivoli y compris pour votre conjoint.**

**Cette prestation d'hébergement temporaire non médicalisé vous est proposée pour au moins l'une des raisons suivantes :**

- Eloignement de votre domicile par rapport à l'établissement de santé ou accessibilité insuffisante à un établissement de santé.
- inadaptation temporaire de votre logement ou de l'environnement du fait de votre état de santé après la chirurgie
- isolement géographique ou social

Je soussignée , Madame X, reconnais avoir pris connaissance des modalités de prise en charge de mon hébergement temporaire non médicalisé.

Fait à Bordeaux :

Date :

Signature