

Contrat d'hospitalisation

CHAMBRE (cocher au choix) : ☐ à 2 lits (sans supplément à ma charge)

▪ à 1 lit au prix de : ☐ 39 € ☐ 57 € ☐ 66 € ☐ 74 €

Dépôt de 500 € (non encaissé et contre reçu) exigé en garantie de paiement (si reste à charge supérieur ou égal à 30 € par jour). Reste à charge payable toutes les 2 semaines (transfert en chambre double à défaut de paiement intégral). Si, en cours de séjour, l'assurance complémentaire ne couvre plus la chambre seule, paiement d'avance toutes les 2 semaines.

▪ à 1 lit : ☐ pour raison médicale ; ☐ non demandée (gratuite en attente de transfert en chambre double)

- **TELEVISION** : ☐ non ; ☐ oui

Date de mise en place :

Date de fin :

Tarif : 5 € par jour. Payable toutes les 2 semaines / Remise d'une télécommande facturée 20 € en cas de non-restitution

- **TELEPHONE** : ☐ non ; ☐ oui

Date de mise en place :

Date de fin

Tarif : Téléphone : 5 € d'ouverture de ligne + le prix des communications Payable toutes les 2 semaines.

- **Wi-Fi** : ☐ non ; ☐ oui

Date de mise en place :

Date de fin

Tarif : 2 € par jour. Payable toutes les 2 semaines.

- **CADENAS sur porte de placard** : ☐ non ; ☐ oui → n° de la clé : _____

En cas de non-restitution, la clé sera facturée 15 € et le cadenas sera facturé 25 €.

- **BOITIER pour prothèses dentaires/auditives** : ☐ non ; ☐ oui

Tarif : 1€ - Conseillé car l'établissement ne peut être tenu responsable de leur perte

En garantie de paiement :

- des prestations choisies (TV, téléphone)
- et/ou de paiement des factures pour non-restitution des équipements confiés (télécommande TV)

Il est exigé le dépôt de :

- ☐ chèque de 50 € (non encaissé et contre reçu) ou, à défaut,
- ☐ pièce d'identité : _____

J'autorise l'établissement à me photographier dans le but de prévenir les erreurs d'identification (complément d'information au verso, en bas de page) : ☐ non ; ☐ oui

MEDECIN TRAITANT : ☐ non ; ☐ ne sais pas ; ☐ oui → Nom : _____

JE RECONNAIS, en signant ce formulaire :

- ✓ **attester** l'exactitude des mentions figurant sur l'étiquette en entête
- ✓ **accepter sans réserve de m'acquitter à l'issue de mon séjour de tous les frais restant à ma charge** (voir détail au verso)
- ✓ **avoir reçu le Livret d'accueil incluant :**
l'information sur le traitement de mes données personnelles les modalités d'accès à mon dossier médical

NOM : _____ Prénom : _____

Date de signature : __ / __ / 202__ Signature du patient :

Cadre réservé à la clinique

Consignes : Remplir TOUTES les rubriques, SVP. Remettre au patient une copie du contrat. Conserver l'original dans le dossier. Lui remettre un double des reçus (dépôt de garantie pour chambre seule et/ou pour autres prestations). Etablir un nouveau contrat à CHAQUE réadmission et à CHAQUE changement de chambre.

Signature du salarié de la clinique ayant procédé aux formalités :

(*) Impossibilité physique ou légale de signer ce formulaire

Qualité : ☐ Témoin ¹ ☐ Tuteur ²

NOM + PRENOM (caractères d'imprimerie): _____



Signature : _____ Date : ____/____/202__

¹ Pour les patients physiquement incapables de signer

² Pour les patients sous tutelle

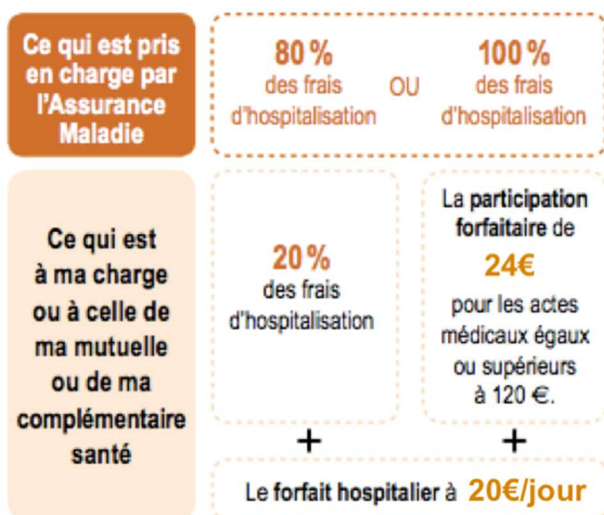
Vos objets de valeurs

Il est **VIVEMENT CONSEILLE** de les déposer dans le **coffre-fort de votre chambre**.



Frais d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation dans un hôpital public ou une clinique privée, l'Assurance Maladie prend en charge mes frais d'hospitalisation à hauteur de 80 ou 100 %.
Pour une hospitalisation de jour ou à domicile, la prise en charge est identique, mais je n'ai pas à payer le forfait hospitalier.



Tarifs réglementés par les pouvoirs publics

Sont concernées par la prise en charge à 100 % : les personnes qui reçoivent des actes médicaux égaux ou supérieurs à 120 €, bénéficiant de la CMUC, atteintes d'une ALD, d'une maladie professionnelle, ayant subi un accident du travail. Ces personnes peuvent être exonérées, du forfait hospitalier et/ou de la participation forfaitaire.

Pour en savoir plus, ameli.fr ou tél. au 3646 :

maladie

ameli.fr pour les assurés



Les suppléments pour confort personnel (chambre seule, téléphone, télévision, etc...) sont à ma charge ou à celle de ma mutuelle ou de ma complémentaire santé.

RENSEIGNEZ-VOUS auprès de votre **ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE** pour savoir ce que votre contrat prévoit pour une prise en charge en soins de suite (*différente de celle en médecine ou chirurgie*).

Avertissement : Certaines mutuelles, telles que **CAMIEG-SLI-MGEN** ne pratiquent **pas le tiers-payant** avec la Clinique Velpeau.

En conséquence, vous réglerez la totalité des frais non remboursés par l'assurance-maladie puis vous vous ferez rembourser par votre mutuelle.

Cependant, si vous le souhaitez, vous pourrez faire : a) un chèque à hauteur de ce que vous remboursera votre mutuelle et qui sera remis à encaissement seulement après la date prévisible de ce remboursement ; b) un second chèque pour le solde.

Votre photographie

Elle est sous format numérique et **stockée dans le dossier médical**.

