

ENGAGEMENT DU PATIENT EN AMBULATOIRE



Je soussigné(e).....

Déclare choisir :

PRESTATIONS POUR EXIGENCES PARTICULIERES, SERVICES A LA CARTE	TARIFS
<input type="checkbox"/> Une chambre à deux ou trois lits.	0 €
<input type="checkbox"/> Une chambre particulière en salle de repos * (11m2). Fauteuil relax chauffant avec couverture + TV	20 €
<input type="checkbox"/> Une chambre particulière en ambulatoire * (16m2) avec WC privatif, TV et téléphone	50 €
<input type="checkbox"/> Une chambre particulière si ma mutuelle la prend en charge (mon reste à charge sera de 0€)	
<input type="checkbox"/> WIFI (clinique du parc open)	0 €

*Sous réserve de la disponibilité au moment de l'admission

Je m'engage en outre à payer directement à la Clinique Du Parc :

- La participation forfaitaire (24 € tarif règlementé sécurité Sociale) si je n'étais pas pris en charge par la mutuelle.
- Eventuellement l'intégralité des frais si je n'étais pas pris en charge par un organisme de Tiers Payant ou Mutuelle qui s'élèvent à € et correspondent au total des prestations choisies ci-dessus.
- **Les compléments d'honoraires de mon praticien autorisé à dépassement, dont j'ai reçu un devis lors de la consultation, qui me seront demandés le jour de l'entrée.**
Montant du complément d'honoraire :
.....

Je reconnais avoir été informé(e) :

- A travers le Livret d'accueil, de mes droits concernant la RGPD, le dossier médical, la protection des biens et des personnes, le fonctionnement de la commissions des usagers. La charte du patient hospitalisé m'a ainsi été remise. J'ai lu et compris l'ensemble des informations et consignes indiquées me permettant de préparer au mieux mon séjour à la clinique. En validant ce document
 - j'accepte le traitement de mes données à caractère personnel tel qu'indiqué dans le livret d'accueil (chapitre droit et information).
 - je reconnais avoir lu et compris l'ensemble des informations fournies dans le livret d'accueil.

Périgueux, le

Signature