Nom d’usage : ………………………………………………….………...

ETIQUETTE PATIENT

Nom de naissance : …………………..………………………………….

Prénom : ………………………………………………………….……….

Date de naissance : ……………………………………………….

Sexe : ⬜ F ⬜ M

Tél. :  .………………………………………………………………..

Port. :. .……………………………………………………………….

Email :………………………………………...................................

Adresse : ………………………………………………….................................................................................

|  |
| --- |
| **CHOIX HÔTELIERS**Dans le cadre de mon séjour en endoscopie, j’ai été informé(e) des tarifs et je choisis d’être hébergé(e) en : Chambre ambulatoire (box) : 40 € Chambre ambulatoire individuelle : 90 €  Je m’engage également à régler directement à la Clinique : Le forfait « participation assuré transitoire » (forfait PAT) de 24 € |
| **REGLEMENT**Dans le cadre de votre prise en charge administrative, il vous sera donc demandé un règlement de **64 euros** (hébergement en box) ou de **114 euros** (hébergement en chambre) au moment de votre admission. Nous vous demandons de vous munir d’un moyen de paiement (carte bleue, chèque ou espèces). |
| **INFORMATIONS SUR LES HONORAIRES**Les honoraires des praticiens n’entrent pas dans les recettes de la Clinique et seront réglés séparément.Certains praticiens sont conventionnés avec des honoraires libres. Ils peuvent donc vous demander des compléments d’honoraires au-delà des honoraires conventionnels.Les praticiens doivent obligatoirement vous donner, préalablement à votre admission, toutes les informations sur les honoraires qu’ils vous demanderont pour les soins durant votre hospitalisation. |
| **INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNEES**Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, **vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, de suppression, de limitation et d’opposition** aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au D**irecteur de l’établissement.**Vos données sont stockées avec des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adaptées (personnels habilités et soumis à la confidentialité, locaux sécurisés, résilience et sauvegarde du système d’information). Pour plus d’information, rendez-vous à : <https://www.almaviva-sante.fr/fr/groupe/rgpd> |
| **ACCORD DU PATIENT**« Je reconnais avoir reçu un livret d’accueil. Je m’engage à prendre connaissance des informations qu’il contient et à respecter le protocole préopératoire. J’ai été pleinement informé(e) sur les frais et les honoraires pour cette hospitalisation. J’accepte les conditions tarifaires ci-dessus et m’engage à régler la part à ma charge. »Date :  / / « Lu et approuvé » Signature : |