

FORMULAIRE

DE CHAMBRE PARTICULIÈRE HÔPITAL ST-LOUIS

Étiquette patient(e)

PATIENT(E)

NOM de naissance

NOM d'usage

Prénom date de naissance ____ / ____ / ____

Service d'hospitalisation

Date d'hospitalisation ____ / ____ / ____

Tél. ____ e-mail

PRESTATION

Je souhaite bénéficier, **sous réserve de leur disponibilité**, du placement ou du maintien en chambre individuelle.

Les prestations ci-dessous sont facturables à votre mutuelle uniquement si vous êtes effectivement placé en chambre individuelle. La demande de prise en charge auprès de votre mutuelle sera effectuée par le service de la Gestion Administrative des Patients (GAP). Aucun reste à charge ne vous sera facturé, même si votre contrat ne prévoit pas la couverture de la totalité du tarif :

☐ **Chambre particulière en hospitalisation complète (80€ par nuit).**

Je déclare avoir été informé(e) des bases de tarification concernant les frais de séjour et de prestations, ainsi que du fait que ce formulaire ne m'assure pas la réservation d'une chambre individuelle.

Fait à La Rochelle, le ____ / ____ / 20__

Signature patient(e) : ou représentant :
Nom, prénom
Qualité

Nous vous remercions de bien vouloir nous **retourner le document signé** au plus tard le jour de votre sortie, soit :

- Au **personnel des guichets du hall principal** de l'établissement.
- Dans la **boîte-aux-lettres** située au niveau des guichets du hall principal.
- Par **e-mail** : secretariat.gap@ght-atlantique17.fr

Pour tout renseignement complémentaire, le service de la **Gestion Administrative des Patients (GAP)** est ouvert du lundi au vendredi, de 7h30 à 18h et joignable par téléphone du lundi au vendredi de 8h à 16h :

 **05 46 45 52 91**

Selon l'article R1112-18 du Code de la Santé Publique, vous pouvez, au sein des Hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis, demander à être admis en régime particulier d'hospitalisation, lequel vous permet de bénéficier d'une chambre individuelle.