Hôpital Européen
MARSEILLE | *L'humain au cœur de nos soins*

ETIQUETTE

BUREAU DES ACCUEILS

FICHE DE PRE ADMISSION CONVENTIONNELLE

NOM PRENOM : _____

Je déclare choisir pour mon hospitalisation du _____/_____/_____/

- ❑ Une chambre double
- ❑ Une chambre particulière standard : **90 €/jour**

Ch. n°

Suppléments accompagnant possibles uniquement en chambre particulière :

- ❑ Pack nuit accompagnant (Lit + Petit déjeuner + déjeuner + diner) : **38.50€ / jour**
- ❑ Lit accompagnant : **12€ / nuit**
- ❑ Petit déjeuner accompagnant : **5.50€**
- ❑ Déjeuner : **10.50€**
- ❑ Diner : **10.50€**

La chambre particulière vous sera attribuée en fonction des disponibilités du service le jour de votre admission ou au plus tôt en cours de séjour. Elle sera facturée du jour d'attribution au jour de sortie inclus : Article 1 - R. 162-27 du code de la sécurité sociale : « L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. »

Les prestations hôtelières (chambre particulière et repas accompagnant) ne sont pas couvertes par l'Assurance maladie, quelle que soit la couverture sociale (ALD / CMU / AME / INV).

Je m'engage à régler directement à 'Hôpital Européen :

- ❑ Les frais d'hospitalisation et d'hébergement non couverts par l'Assurance Maladie et/ou mutuelle complémentaire : forfait journalier / chambre particulière / supplément accompagnement

Je reconnais avoir reçu :

- ❑ Le livret d'accueil

Je reconnais avoir été informé :

- ❑ Sur tous les examens complémentaires prescrits à rapporter le jour de l'hospitalisation
- ❑ sur le dispositif E SATIS « *indicateur de la satisfaction patient* » : 15 jours après mon hospitalisation, j'aurai la possibilité de donner mon avis sur tous les aspects de mon séjour, via un lien sécurisé adressé par mail. Ce dispositif émane du ministère de la santé. En participant à cette enquête je contribue à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Adresse mail : (en majuscules): _____@_____

Document à signer le jour de la préadmission administrative accompagné de la prise en charge mutuelle

Date et signature du patient
Ou nom, qualité et signature du représentant