



INFORMATION PATIENT / SERVICE & PRESTATIONS

1°) TARIF TTC AU 01/09/2019

Participation forfaitaire (Décret n° 2006-707 du 19/06/2006)	24,00 €
<hr/>	
Chambre particulière ambulatoire	60,00 €
Chambre individuelle avec télévision, connexion Wi-Fi, <u>au retour de bloc</u>	
Chambre particulière Confort Ambulatoire	80,00 €
Chambre individuelle avec télévision, connexion Wi-Fi, + peignoir	
- soit à l'accueil et au retour de bloc	
- soit au retour de bloc avec collation en chambre	
Peignoir (non pris en charge par la mutuelle)	30,00 €
Accompagnant	
Repas (A commander à l'infirmière).....	11,00 €

2°) HONORAIRES

- . Certains praticiens bénéficient d'un droit à appliquer des honoraires excédant le tarif de remboursement de la Sécurité Sociale, dont le montant vous est communiqué par le praticien lui-même.
- . Certains actes de biologie médicale, qualifiés d'actes « hors nomenclature », peuvent éventuellement vous être réalisés sur prescription médicale.

Le cas échéant, le montant de ces différents honoraires non pris en charge par la Sécurité Sociale (mais éventuellement par certaines mutuelles) vous sera facturé pour règlement par vos soins.

3°) CONDITIONS DE REGLEMENT

Toutes nos factures sont considérées comme traitées et payables à Villefranche, sans dérogation possible à cette clause attributive de juridiction, quel que soit le lieu de paiement. En cas de non paiement aux époques fixées (à la sortie ou à réception de la première demande écrite), les sommes dues porteront intérêts de plein droit et sans mise en demeure, au taux des avances de la Banque de France, majoré de deux points, sans que cette clause nuise à l'exigibilité de la dette. En outre, tout retard dans le paiement entraîne de plein droit à la charge du patient, à titre de clause pénale dans le sens prévu par l'Art. 1229 du Code Civil, une indemnité forfaitaire de 20 % des sommes à échoir sans que le minimum puisse être inférieur à 7,62 €

4°) DEPOT DES OBJETS DE VALEUR

La Polyclinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou de détérioration des objets qui n'auraient pas été expressément confiés à sa garde (Loi du 6 juillet 1992). Vous avez donc la possibilité de déposer, dans le coffre de l'établissement, certains objets de valeur dont la nature justifie la détention pendant votre hospitalisation.

Je soussigné-e :

(nom et prénom du patient OU du responsable légal)

Agissant pour le patient :

(nom et prénom du patient)

Souhaite bénéficier pendant le séjour, si la disponibilité du service le permet, de : (case à cocher ci-dessous à gauche par le patient)	ai bénéficié de : (case à cocher ci-dessous à droite par la secrétaire)
<input type="checkbox"/> Chambre particulière Ambulatoire 60 €	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chambre particulière Confort Ambulatoire 80 €	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Repas Accompagnant 11 €	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Peignoir (seul) 30 €	<input type="checkbox"/>

Ces prestations sont à régler le jour de la sortie en l'absence de prise en charge par la mutuelle.
Je reconnais avoir reçu un exemplaire du formulaire "Information patient", en avoir pris connaissance, et m'engage à régler l'intégralité des frais et honoraires dus pour le séjour.

Date et signature du patient à la préadmission	Date et signature du patient à la sortie
--	--