AMBULATOIRE – CHIMIO - HOPITAL DE JOUR

PPAU
Polyclinique Pau Pyrénées

Date d'entrée prévue le : __ / __ /__ Nom chirurgien : .....

› INFORMATIONS PATIENTS

Nom de Naissance :	Prénom :
Nom d'épouse : Date de naissance : Adresse : Code postal : Tél. Fixe : Adresse e-mail *(obligatoire)* : Médecin traitant : Numéro de Sécurité Sociale - Carte Vitale *(obligatoire)* :	Sexe : M ☐ F ☐ Lieu de naissance : Ville : Tél.. Mobile (obligatoire) :
Personne à prévenir : Tel. fixe :	Lien de parenté : Tel. Mobile :
Souhaits du patient pour son hospitalisation : ☐ Je souhaite que ma présence au sein de la clinique ne soit pas divulguée.	

› Souhaitez-vous un espace privatif ? [1]

Descriptif	Espace privatif[2] En cas d'attribution, l'établissement garantit que vous n'aurez pas de reste à charge.	Préciser la durée de validité de la prestation : ☐ Pour le séjour uniquement ☐ Pour l'ensemble du traitement
Tarif TTC par jour	90 € (Maximum facturés uniquement auprès de votre Mutuelle)	
Votre choix	☐	

[1] **Si vous n'avez pas opté pour un espace privatif, vous serez placé(e) en chambre double.**
[2] Sous réserve de disponibilité, vous serez installé(e) dans un espace privatif, avec un niveau de confort pouvant varier en fonction du parcours.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables au 01/09/2026 et sont applicables par jour du premier au dernier jour de séjour, jour de sortie inclus.
Selon l'article 1111-3-4 du code de la santé publique, les établissements de santé ne peuvent facturer au patient que les frais correspondants aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées.

› Information sur votre séjour

Je soussigné(e), ... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations proposées, à la charge de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

N'hésitez pas à contacter votre mutuelle pour vous informer sur le remboursement éventuel.

Nombre de cases cochée(s) pour le choix de l'espace privatif : ☐ Fait à : ..... Le ___/__/___

Signature du patient ou de son représentant légal (Nom et mention "Pour ordre"), précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cadre réservé à l'établissement	N° Dossier Patient :	Nom complémentaire santé :