

# ENGAGEMENT D'HOSPITALISATION EN MATERNITÉ

Je soussigné(e) .....

choisis :

- L'hospitalisation en chambre 2 lits.
- L'hospitalisation en chambre particulière avec fauteuil accompagnant «convertible».  
*Dans ce cas, j'aurai à payer directement à la polyclinique un supplément journalier de 115€/jour\* et ce, sous réserve de disponibilité d'une chambre particulière au moment de l'admission.*
- L'hospitalisation en chambre confort (uniquement selon disponibilité).  
*Dans ce cas, j'aurai à payer directement à la polyclinique un supplément journalier de 180€/jour\* et ce sous réserve de disponibilité de la chambre confort au moment de l'admission.*

(\*) Sous déduction éventuelle de la prise en charge de votre mutuelle.

La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine tient à vous informer que la chambre particulière et la chambre confort sont dues pour toute la journée y compris le jour de sortie (Décret n°2019-719 du 8 juillet 2019, le 1° de l'article R.162-27).

- Télévision : 6 €/ jour
- Casque TV : 2 €/ séjour
- Téléphone : frais d'ouverture 1,5 € par jour plafonné à 15 €. Le prix de la communication est facturé 0,25 € par unité.
- Wifi : 2 €/ jour

## Paiement des frais de séjour et honoraires des praticiens

Ces frais engagés à l'occasion de mon séjour dans l'établissement sont à payer lors de la sortie. Tous les frais éventuellement engagés par la polyclinique aux fins d'actions de recouvrement de sa créance à mon égard seront à ma charge.

Je m'engage à régler l'assistance administrative de 10 €

## Dépôt d'objet lors de l'entrée dans l'établissement

Je reconnais avoir été informé(e) de la mise à disposition d'un coffre individuel au sein de ma chambre et de l'existence d'un coffre central pour les dépôts exceptionnels d'objets de valeurs comme indiqué dans le livret d'accueil. À défaut de ces précautions, la polyclinique décline toute responsabilité en cas de détérioration, de perte ou de vols de vos objets personnels.

Dans ce cas, le Directeur ou son représentant devra obligatoirement me remettre un reçu contenant la désignation des objets déposés.

Ces objets me seront soit restitués au moment de ma sortie, soit remis à un tiers désigné par moi-même.

Dans le cadre de la protection des données : conformément à la politique d'identito-vigilance de l'établissement assurant la sécurité des soins, j'autorise la clinique à conserver une copie de ma pièce d'identité dans mon dossier médical.  OUI  NON

*Merci de remplir le verso de ce document.*

**Je m'engage à régler :**

- Le reste à charge après déduction de la prise en charge par ma mutuelle.

*ou bien*

- La totalité du tarif de la chambre choisie pour convenance personnelle ainsi que les prestations annexes (télévision, téléphone, wifi,...) en cas de refus de la prise en charge par ma mutuelle.

*ou bien*

- Directement à la polyclinique le montant des frais résultant des prestations annexes dont je souhaite bénéficier ou faire bénéficier les personnes m'accompagnant lors de mon séjour :

- Lit, repas, boissons des accompagnants, suppléments comforts éventuels
- Télévision, téléphone mis à ma disposition dans la chambre.

Je m'engage à accepter de changer de chambre si la direction de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine l'estime nécessaire.

**Je reconnais :**

Avoir été informé de ce que, en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou à des praticiens autorisés à des dépassements d'honoraires conventionnels, je pourrais supporter de ce fait, indépendamment de l'application éventuelle du ticket modérateur, des suppléments d'honoraires (Article 6 de la convention).

Date : .....

Signature du patient ou des titulaires de l'autorité parentale ou tuteur ou ayant droit  
*précédée de la mention «lu et approuvé»*