

A RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT VOTRE HOSPITALISATION

INFORMATIONS PRÉALABLES

Afin de bénéficier de davantage de confort et d'intimité, vous avez la possibilité d'être seul(e) dans une chambre dite individuelle/particulière. Pour autant, l'attribution d'une telle chambre répond d'abord à des impératifs de soins : la validation de votre demande n'interviendra donc que le jour de votre entrée après accord de l'équipe médicale et en fonction des possibilités d'accueil du service de soins.

La chambre individuelle est une prestation payante qui est facturée, dans la limite de la prise en charge de votre mutuelle, à 55 € ou 60 € TTC selon le service (Tarif en vigueur au 1er janvier 2025, sous réserve de modification). Aucun reste à charge ne vous sera imputé. Il vous appartient de vous renseigner auprès de votre complémentaire santé pour connaître les conditions de votre prise en charge.

FORMULAIRE A COMPLÉTER

Nous vous invitons à retourner ce document complété :

- Soit par voie postale : Service admissions-facturation, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9
- Soit sur la boîte mail : chambre.particuliere@chu-angers.fr
- Soit sur le portail patient Connect'CHU Angers (si vous avez reçu les codes de connexion par mail)
- Soit à un point d'accueil, au plus tard le jour de votre arrivée sur le lieu d'hospitalisation

Je soussigné (e) : (cocher la mention adaptée)

☐ Patient

☐ Représentant légal du patient

Nom (de naissance) : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Sexe : F / M

Date de naissance : _____

E-mail : _____

N° sécurité sociale : _____

Service d'hospitalisation : _____ Numéro de séjour : _____

Complémentaire santé / Mutuelle : il est impératif de transmettre votre carte mutuelle au service admissions-facturation si ce n'est pas encore fait, à l'adresse suivante : chambre.particuliere@chu-angers.fr.

Nous vous prions d'indiquer ci-dessous votre choix :

- ☐ Confirme avoir pris connaissance des conditions particulières attachées à l'offre de la chambre individuelle ci, et les accepte. L'établissement pourra facturer cette prestation à ma mutuelle.
- ☐ Confirme ne pas souhaiter bénéficier de l'offre de chambre individuelle

A _____ Le ____/____/____ Signature - précédée de la mention *Lu et approuvé*

Patient

OU

Représentant légal

NOM - Prénom : _____
En qualité de : _____

Réglementation

Vu l'article R.1112-18 du code de la santé publique
Vu l'article R.1112-19 du code de la santé publique
Vu l'article R.1112-22 du code de la santé publique
Vu l'article R162-27 du code de la sécurité sociale

Conformément au Règlement européen général sur la protection des données et à la « Loi Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation de traitement. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à recueil-chambre@chu-angers.fr. Vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.