Demandez aussi à votre mutuelle !

Une chambre particulière ?

Vous avez la possibilité de demander à être seul(e) dans votre chambre pendant votre séjour au CHRU.

L’installation dans une chambre particulière donne lieu à une facturation pour chaque journée pendant laquelle vous bénéficiez de cette prestation :

* 60 € par jour en Hospitalisation Complète
* 28 € en Chirurgie Ambulatoire ou en Hospitalisation de Jour
* 43 € par jour en Soins de Suite et Réadaptation

À savoir :

* Votre mutuelle/assurance peut intervenir dans la prise en charge/le remboursement partiel ou total de ces frais en fonction de votre contrat. Nous vous invitons à vous rapprocher de cet organisme pour en connaître les modalités. Dans le cas d’une prise en charge totale avec tiers-payant, vous n’aurez pas de reste à charge.
* La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et l’Aide Médicale État (AME) ne prennent pas en charge cette prestation.

Je peux obtenir une chambre particulière en :

* Sollicitant les infirmières ou les secrétaires médicales de consultation.
* Remplissant le présent formulaire au Bureau des Admissions.

**Attention** : L’attribution de la chambre particulière est réalisée par le service de soins le jour de l’hospitalisation en fonction des disponibilités et des impératifs médicaux. Le service de soins se réserve, si besoin, le droit de procéder à tout moment à votre transfert dans une chambre double.



VOTRE HÉBERGEMENT

**DATE D’ENTRÉE : DOSSIER :**

**NOM : Prénom :**

**DATE DE NAISSANCE :**

Conformément au décret n°2003-462 du 21 mai 2003 « l’établissement comporte deux régimes d’hospitalisation, le régime commun et le régime particulier… »

Pendant la totalité de mon séjour (**merci de ne cocher qu’une seule case**) :

**❑ Je souhaite bénéficier d’une chambre seule uniquement si celle-ci est prise en charge par ma mutuelle, et à hauteur de sa prise en charge**

**❑ Je souhaite bénéficier d’une chambre seule pendant toute la durée de mon séjour en prenant les frais à ma charge.**

**❑ Je ne souhaite pas bénéficier d’une chambre particulière.**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affirme avoir été informé(e) des modalités inhérentes aux frais à acquitter dans le cadre de la chambre particulière.

Fait à Nancy le :

Signature **du patient ou de son représentant légal :**