

Formulaire « Choix de chambre »

A- Choix de la chambre exprimé par l'utilisateur ou son représentant :

Au cours de mon hospitalisation, je veux être logé dans une chambre :

PRIVÉE Tarif journalier : _____ \$ **SEMI-PRIVÉE** Tarif journalier : _____ \$

- **Si aucune chambre privée n'est disponible et que l'utilisateur est placé dans une chambre semi-privée, le tarif de chambre semi-privée sera appliqué.**

- Fournir au CSSSBC au moment de l'hospitalisation, toutes les informations relatives à sa compagnie d'assurance et s'engager à défrayer le coût de la facture refusée ou non-couverte par celle-ci **puisque'il est de sa responsabilité de connaître sa couverture d'assurance.**

MODALITÉS

- 1. L'utilisateur qui choisit une chambre privée ou semi-privée s'engage à payer le tarif quotidien même si le séjour dans une telle chambre ou une unité de soins intensifs devient médicalement nécessaire.
- 2. Le tarif quotidien est applicable à toutes les unités de soins incluant les chambres de naissance et les chambres de zones de protection contre les infections (**exemple : SARM, C. Difficile, etc.**)
- 3. L'utilisateur peut être déplacé en tout temps si la chambre qu'il occupe devient absolument nécessaire à un autre usager pour des raisons cliniques. **Lors du transfert sur une autre unité de soins à des fins médicales, le choix de chambre exprimé par l'utilisateur continue de s'appliquer.**
- 4. Lors d'un congé temporaire, l'utilisateur doit continuer à assumer les frais de chambre.
- 5. Le nombre de jours facturés est établi selon le choix et le logement obtenu durant le séjour, quelle que soit l'heure d'admission. La chambre n'est jamais facturée la journée du départ.
- 6. Pour toute interrogation ou modification ultérieure concernant le logement, l'utilisateur ou son représentant doit **communiquer avec le bureau d'admission au poste 2242 où une personne est disponible en tout temps.**

- Je, soussigné, confirme avoir reçu tous les renseignements relatifs aux énoncés ci-dessus, avoir pleinement compris le sens de mon engagement et avoir pris une décision éclairée. Enfin, **j'accepte de défrayer, pour moi-même ou pour la personne mentionnée, les coûts inhérents à mes choix.**

Signature de l'utilisateur ou de son représentant

Date

- J'affirme avoir satisfait à mon obligation de renseigner adéquatement le signataire ci-dessus mentionné.

Signature de l'agent administratif (admission)

Date

COPIE BLANCHE : **HÔPITAL**

COPIE JAUNE : **USAGER**

CHOIX D'UNE CHAMBRE