CHU de Québec Université Laval

CQ6805

FORMULARIO
DE ELECCIÓN DE HABITACIÓN

ELECCIÓN DE HABITACIÓN : ☐ **Admisión** ☐ **Preadmissión** ☐ **Cambio de habitación** **Iniciales del usuario**

PRIVADA ☐ La tarifa diaria puede variar entre **139,96 $** y **225,43 $** maximo ----------→

Si no hay una habitación privada disponible y se me asigna una habitación semi-privada, yo acepto pagar la tarifa por la ocupación de une habitación semi-privada.

SEMI-PRIVADA ☐ La tarifa diaria puede variar entre **77,40 $** y **98,85 $** maximo ----------→

SALA ☐ Ningun costo **0,00 $** ----------→

(Los precios arriba mencionados estan sujetos a cambios sin previo aviso)

CONDICIONES PARTICULARES : **Iniciales del usuario**

Yo solicito una habitación privada o semi-privada y me comprometo a pagar la tarifa exigida por la habitación ocupada (incluyendo la unidad coronaria, la unidad de cuidados intensivos y la unidad de cuidados intermedios), igual si la permanencia en esta habitación se convierte clinicamente necesaria.

Yo acepto pagar un monto de 10 $ con el fin que el establecimiento reclame a mi compañia de seguros los gastos ocasionados por la ocupación de una habitación semi-privada o privada y yo reconozco que es mi responsabilidad verificar las cláusulas previstas en mi contrato de seguros y, sino yo me comprometo a pagar los gastos no cubiertos por esta.

☐ SI **Iniciales delusuario**

☐ NO

ASSURANCE : _____

Compañia de seguros Titular del seguro

_____

Nº de la poliza/Contrato Certificado/Identificación

*****LOS MIEMBROS DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMEROS NO ES EL PERSONAL APROPIADO PARA DARLE INFORMACION RELATIVA A LOS COSTOS DE HABITACIÓN*****

CONDICIONES :

- Yo puedo modificar mi elección de habitación en cualquier momento y reconozco que es potestad del hospital el asignarme una de acuerdo a mi elección y dependiendo de la disponibilidad de habitaciones.
- Si la habitación que me es asignada temporalmente es de una categoría superior a la de mi elección, y si esta se requiere, yo acepto ser transferido a una habitación segun mi elección efectuada en el momento de mi admisión.
- Yo acepto que todos los pagos hechos por mi compañia de seguros son destinados para pagar mi cuenta de hospitalización.
- Por toda ausencia temporal, me comprometo a pagar mis gastos de hospitalización.
- Yo acepto pagar los intereses a la tasa legal vigente despues de los 30 dias de la fecha de mi estado de cuenta.
- Yo autorizo al CHU de Québec-Université Laval a cargar a mi tarjeta de crédito toda suma exigida, sin previa autorización.

Yo acepto las presentes condiciones y estoy de acuerdo con toda la información transmitida.

_____ / _____ _____

Firma del usuario o del responsable / (parentesco) aaaa/mm/dd

_____ / _____ _____

Nombre impreso / Teléfono Firma del representante del CHU de Québec-Université Laval

INFORMACION COMPLEMENTARIA AL REVERSO

Apellido : Nombre : # Expediente :

PARA SU INFORMACIÓN

El seguro de hospitalización de Québec sufraga completamente los costos de su estancia en el hospital, a excepción de los costos suplementarios ocasionados segun la elección de una habitación privada ou semi-privada.

Usted puede escoger entre tres catégorias de habitación :

1. Habitación privada (con costo);
2. Habitación semi-privada (con costo);
3. Sala de tres camas o mas (sin costo).

La elección de la categoría de habitación, realizada en su admisión, representa un elemento determinante para establecer su facturación, tambien se tendran en cuenta todas las modificaciones que usted haga en relación a la elección de habitación durante su hospitalización.

Este formulario constituye su compromiso a pagar los gastos suplementarios ocasionados por la ocupación de una habitación privada o semi-privada (incluyendo la unidad coronaria, la unidad de cuidados intensivos o la unidad de cuidados intermedios), igual si su permanencia en esta habitación se convierte clinicamente necesaria.

Algunas cláusulas del contrato de seguro pueden cubrir, en total o en parte, estos costos. Es importante que lo tenga en cuenta en el momento de la elección de su habitación. Asi que, es su responsabilidad verificar las cláusulas previstas en su contrato de seguro.

Si usted no tiene un seguro, estos costos suplementarios podran ser exigidos después de su admisión. Usted podra pagar con tarjeta de crédito, tarjeta débito, cheque o en efectivo, solo presentandose a la oficina de recaudación.

Corresponde al personal de la oficina de admisión asignar las habitaciones en función a las peticiones efectuadas y a la disponibilidad de las mismas segun las diferentes unidades de cuidados.

Para toda información concerniente a su elección de habitación o toda modificación relativa a la elección realizada**, puede comunicarse con el <u>PERSONAL DE LA OFICINA DE ADMISIÓN</u> a los numéros siguientes :**

Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) :	418 525-4444 Ext. 65612
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) :	418 525-4444 Ext. 87660
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) :	418 525-4444 Ext. 47271 o 48268
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) :	418 525-4444 Ext. 15354
Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) :	418 525-4444 Ext. 54314

Para toda información adicional concerniente a las modalidades de pago, por favor **comunicarse con el <u>PERSONAL DE LA OFICINA DE CUENTAS POR COBRAR</u> a los numéros siguientes** :

Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) :	418 525-4444 Ext. 65547
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) :	418 525-4444 Ext. 87780
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) :	418 525-4444 Ext. 48367
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) :	418 525-4444 Ext. 15054
Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) :	418 525-4444 Ext. 52466