




CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre individuelle	Box individuel	Box Individuel
TARIF	71 € / jour	58€ / jour	51 € / jour
Chambre seule (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation (2) Classique : Boisson chaude au choix, jus de fruits, pain au lait et compote	 Classique	 Classique	 Classique
Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presse en ligne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de l'accompagnant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus





Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) espace collectif.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision En chambre double	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone Ouverture de ligne et communications	7 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Presse en ligne	7 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Kit serviette Serviette de bain et gant jetable	5 € le kit	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à

Le

En qualité de : patient
 autre

Signature :