

# AMBULATOIRE

## Je choisis ma prestation hôtelière

| Catégorie prestation                           | Chambre particulière     | Prestation Ambulatoire   |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tarifs                                         | 53 € / jour              | 17 € / jour              |
| Chambre individuelle                           | ✓                        | ✗                        |
| Coffre                                         | ✓                        | ✓                        |
| Collation plaisir                              | ✓                        | ✓                        |
| Télévision                                     | ✓                        | ✓                        |
| Wifi (8€ pour le séjour)                       | ✓                        | ●                        |
| Choix de la catégorie de prestation (à cocher) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

✓ Inclus   ✗ Non - inclus   ● En option

- Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double avec une collation basique (1 cookie, 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 compote) sans supplément. Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.**  
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 en chambre double seront à ma charge.  
Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

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 ci-dessus.

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 ci-dessus.

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

Signature :

autre .....