

# HOSPITALISATION

## Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Chambre particulière Confort	Chambre particulière
Tarifs	98 € / jour	85 € / jour
Chambre individuelle	✓	✓
Télévision	✓	✓
Téléphone	✓	●
Wifi	✓	●

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)




Inclus



En option sur demande

**Toutes les chambres sont équipées d'un coffre individuel.**

**Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.**

**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.

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (si option non comprise)

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone <small>(hors communications 0.30€/unité)</small>	6 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Wifi	8 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Formule accompagnant (lit / petit déjeuner)	18 €/jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant	10 €	<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 ci-dessus.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 20€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- 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

autre

.....

Signature :