

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie prestation	Chambre particulière	Prestation Ambulatoire
Tarifs	58 € / jour	20 € / jour
Chambre individuelle	✓	✗
Collation plaisir (1 boisson, 1 encas salé, 1 encas sucré, 1 bouteille d'eau)	✓	✓
Télévision	✓	✓
Wifi	✓	●

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)



Inclus



Non - inclus



En option 7€

Toutes les chambres sont équipées d'un coffre individuel.

Si je ne souhaite aucune des prestations ci-dessus, je serai hébergé(e) en chambre double avec une collation basique (1 cookie, 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 compote) sans supplément

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.

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