

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre premium	Chambre individuelle
TARIF	58€ / jour	45€ / jour
Chambre seule (1)	✓	✓
Pack Multimédia Télévision/Presse en ligne	✓	✗
Collation (2) Plaisir : 1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau Classique : 1 cookie, 1 compote, 1 boisson chaude, eau	 Plaisir	 Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

Toutes les chambres sont équipées d'un coffre individuel et du Wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus



Je ne souhaite aucune prestation hôtelière supplémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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 page 2)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectifs (hors mineurs)

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestations		Prix	Choix Patient
	Prestation ambulatoire Collation plaisir (1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau) + Pack multimédia (télévision/presse en ligne)	20 €	☐

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 Assurée 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 :