

# AMBULATOIRE

## Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis seul(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>Catégorie prestation</b>	Espace Individuel Garanti Plus	Espace Individuel Non Garanti
<b>Tarifs</b>	70 € / jour	55 € / jour
<b>Chambre individuelle</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Télévision</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WIFI</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pass Parking</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Collation</b> <small>en Fonction de l'intervention et des régimes alimentaires</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

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

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double ou salon.

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 :