


# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

TYPE DE CHAMBRE	<input type="checkbox"/> J'accueille les proches <input type="checkbox"/> Je souhaite être connecté(e)	
	Chambre Premium	Chambre individuelle
TARIF	80 € / jour	65 € / jour
Espace Individuel (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espace Individuel Garanti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multimédia Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pass Parking 24/H	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation (2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

Inclus  Non - inclus



Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) espace collectif.

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 verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	<b>Multimédia</b> Télévision	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pass Parking 24/H</b>	5 € / jour	<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 précédemment.

## 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 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 :**