

# AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière en ambulatoire

	<input type="checkbox"/> Je me fais plaisir
<b>Offre chambre particulière</b>	Individuelle
<b>Tarifs</b>	85 € / jour
<b>Télévision</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Salle d'eau individuelle</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Wifi</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Collation</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>

*\*sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale*

Toutes les chambres sont équipées de la wifi



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

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.

Paraphe :

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision (1)	6 €/jour	<input type="checkbox"/>
	Casque individuel télévision	3 €	<input type="checkbox"/>

((1) un chèque de garantie de 70,00 € vous sera demandé pour le branchement de la télévision et du téléphone

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 :