

AMBULATOIRE

Informations tarifaires

	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Individuelle
Tarifs	55 € / jour
Téléphone <small>(hors communications: 0.23€/unité)</small>	✓
Télévision / Wifi	✓
Collation	✓
Coffre	✓
Parking	✓
Solution Hydro Alcoolique	✗
Magazine au choix	✗

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

Toutes les chambres sont équipées de la wifi



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

Tarifs en vigueur au 1 janvier 2024.

Les tarifs s'entendent TTC

HOSPITALISATION

Informations tarifaires

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Premium	Confort	Individuelle
Tarifs	120 € / jour	90€ / jour	80€ / jour
Téléphone (hors communications: 0.23€/unité)	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓
Wifi	✓	✓	✓
Petit déjeuner	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner/Diner	 Classique	 Classique	 Classique
Lit et petit déjeuner accompagnant	●	●	●
Kit gourmand	✓	✗	✗
Quotidien régional Bouteille d'eau	✓	✓	✗
Parking	✓	✓	✓

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

Toutes les chambres sont équipées de la wifi



Inclus






En option sur demande



Non - inclus

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone Wifi <small>(hors communications 0,23€/unité)</small>		<input type="checkbox"/>
	Lit accompagnant	12 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Petit déjeuner accompagnant	6 €	<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 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 :