




# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre Premium	Chambre individuelle	Box Individuel (espace privatif)
TARIF	95 € / jour	70 € / jour	45 € / jour
<b>Chambre seule</b> (1)	✓	✓	✓
<b>Collation</b> (2) Classique : boisson chaude, pain au chocolat ou sandwich, compote, yaourt	 Classique	 Classique	 Classique
<b>Pack Multimédia</b> Télévision / Presse en ligne	✓	✓	✗
<b>Pack Accompagnant</b> Collation (boisson chaude à volonté, biscuits, compote ou yaourt)	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation</b> (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Remise d'un ticket valable sur la durée du séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double/salon. 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 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>Pack Multimédia</b> Télévision / Presse en ligne	12 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Collation (boisson chaude à volonté, biscuits, comptote ou yaourt)	25 € / 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.
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (<https://www.bloctel.gouv.fr>).

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 :**