

AMBULATOIRE

PRESTATIONS	OPTIONS	Chambre individuelle CONFORT *	Chambre individuelle CLASSIQUE *
TARIFS	<i>sous réserve de disponibilité</i>	<input type="checkbox"/> 45€ / jour	<input type="checkbox"/> 40€ / jour
Chambre individuelle		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision	<input type="checkbox"/> 6€	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision + casque	<input type="checkbox"/> 8€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trousse de toilette Savon, gel douche, shampoing, kit dentaire et kit vanity (cotons et cotons tige)	<input type="checkbox"/> 10€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Petit-déjeuner gourmand	<input type="checkbox"/> 6€	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Prestations non accessibles en parcours fast-track et endoscopie



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.

AMBULATOIRE

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€ par 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 communiquée 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