

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Je souhaite
être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Chambre Individuelle
TARIF	55€ / jour
Chambre seule (1)	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation Gourmande (2) <small>Cake, compote, yaourt nature, carré de chocolat noir, noisettes, jus de pomme, boisson chaude</small>	 Gourmande
Pack Multimédia <small>Télévision / Casque / Presse et quotidiens en ligne</small>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coffre-fort	<input checked="" type="checkbox"/>
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/> <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 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
 Collation Gourmande Cake, compote, yaourt nature, carré de chocolat noir, noisettes, jus de pomme, boisson chaude	7€ / jour	<input type="checkbox"/>
 Pack Multimédia (3) Télévision / Casque / Presse et quotidiens en ligne	13€ / jour	<input type="checkbox"/>
 Pack Bien-Être Trousse de toilette (shampooing, gel douche, savon, kit dentaire, kit vanity) et chaussons	10€ / trousse	<input type="checkbox"/>

(3) Option non accessible sur le parcours fast track

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 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (TNJP,) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou 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 :