




CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

| | Je souhaite m'occuper | Je souhaite être seul(e) | Je souhaite être seul(e) |
|---|---|--|---|
| TYPE DE CHAMBRE | Chambre Avantage | Chambre individuelle | Espace Individuel |
| TARIF | 80 € / jour | 70 € / jour | 45 € / jour |
| Chambre seule (1) | ✓ | ✓ | Espace privatif |
| Collation (2) Classique : encas / compote / boisson Premium : sandwich / encas / boisson |  Premium |  Classique |  Premium |
| Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne | ✓ | ✗ | ✗ |
| Presse en ligne Quotidien | ✗ | ✗ | ✓ |
| 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/salon et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en salon (hors mineurs).

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

| | Prestation | Prix | Choix Patient |
|---|--|------------------|--------------------------|
|  | Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne | 15 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  | Collation Premium | 10 € / collation | <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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, 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 :