

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Je choisis le confort pour moi et mon accompagnant

Je souhaite être seul(e)

CATÉGORIES PRESTATIONS	AMBU-PREMIUM	AMBU-CLASSIQUE
TARIFS	78€ / jour	52€ / jour

A CHOISIR AU PLUS TARD 24H AVANT VOTRE ADMISSION

A défaut, la composition de la collation pourra être modifiée

<b>Box individuel (1)</b>	✓	✓
<b>Collation (2)</b> Gourmand : 1 salade de pâtes et crudités, 1 gâteau aux pommes "maison", 1 yaourt bio, du jus d'orange, 1 boisson chaude (thé, café ou chocolat) Confort : 1 wrap, 1 gâteau "maison", 1 jus de pomme, 1 compote, 1 boisson chaude (thé, café ou chocolat)	 Gourmand	 Confort
<b>Pack Multimédia complet</b> Télévision (Canal+, Canal + Sport&TNT)/ téléphone (hors international)/WIFI/ radio/ jeux	✓	✓
<b>Presse en ligne</b>	✓	✗
<b>Parking (3)</b>	✓	✗
<b>Accès salon confort accompagnants (4)</b> Salon détente avec espace de télétravail/wifi/TV/boissons chaudes/informations	✓	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Sous réserve de disponibilité

2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

3) 1 ticket par séjour

4) 1 accès à la journée pour 1 accompagnant



Inclus



Non inclus

Je ne souhaite pas d'espace individuel et serai hébergé(e) en 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 d'espace individuel, je séjournerai en salon et les prestations à la carte seront à ma charge (voir verso).
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace ambulatoire (hors mineurs).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE BOX (Si option non comprise)

Prestation

Prix

Choix Patient



**Accès salon confort accompagnants**

Salon détente avec espace de télétravail/wifi/TV/boissons chaudes/informations

15 € / jour / accompagnant

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 .....

En qualité de :  patient

Le .....

autre .....

**Signature :**

