

HOSPITALISATION VIA LES URGENCES

Je choisis ma prestation hôtelière

TYPE DE CHAMBRE	Individuelle
TARIF	95 € / jour
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	☒
Petit déjeuner (1) Classique: boisson chaude / pain / jus de fruits	 Classique
Déjeuner/Dîner (1) Classique : entrée + plat + dessert	 Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐

(1) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire

☒ Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles ci-dessous.

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.
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- 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 (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

OPTIONS À LA CARTE

	Prix	Choix Patient
 Pack Multimédia (chambre particulière) Téléphone / Télévision	15 € / jour	☐

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 forfait hospitalier de 23€/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 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.

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

Signature :

☐ autre

Souhait confirmé le par :