



CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	j'accueille mes proches	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre individuelle	Espace privatif
TARIF	94 € / jour	73 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✗
Collation (2) Premium sucré ou salé selon l'horaire : cake maison, jus de fruit, yaourt bio, amandes, carré de chocolat, gressin ou compote, boisson chaude	 Premium	 Premium
Presse en ligne Accès à 25 titres via un QR code	✓	✓
Télévision	✓	✗
Présence de l'accompagnant (3) Boisson chaude à disposition	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Pour des raisons d'hygiène et de confidentialité, la présence est limitée à la période post-opératoire



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 salon collectif. 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 salon 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 Premium cake maison sucré ou salé selon l'horaire, jus de fruit, yaourt bio, amandes, carré de chocolat, gressin ou compote, boisson chaude	10 € / repas	<input type="checkbox"/>
 presse en ligne Accès à 25 titres via un QR code	5 € / séjour	<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 :