





# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je suis seul(e)	Je suis seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre Premium*	Chambre individuelle*	Box premium fast-track, endoscopie, pédiatrie
TARIF	70 € / jour	60 € / jour	40 € / jour
Espace individuel (box)	✗	✗	✓
Chambre seule (1)	✓	✓	✗
Collation (2) Classique : boisson chaude, yaourt, brioche, jus de pomme Premium : boisson chaude, yaourt et jus de pomme BIO et locaux, brioche, salade de fruit ou salade salée	 Premium	 Classique	 Premium
Télévision	✓	✗	✗
Presse en ligne	✓	✗	✗
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

• Prestations non accessibles en parcours fast-track, endoscopie et pédiatrie




Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) espace collectif.

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
	<b>Télévision</b>	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Presse en ligne</b>	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Collation Premium</b>	8 € / repas	<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 paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

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 :**