

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être isolé(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre individuelle	Espace individuel
TARIF	75 € / jour	40€ / jour
Chambre seule (1) Accompagnant autorisé au retour de bloc opératoire	✓	✗
Espace privatif (1)	✗	✓
Collation (2) Brioche + Compote + boisson chaude	Classique	Classique
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

Les chambres sont équipées de wifi sans surcoût

Inclus Non - inclus

 Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double ou salon collectif.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double.
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

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.
- 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 :