

# AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis seul(e)	Je suis connecté(e)
<b>Catégorie prestation</b>	Chambre Individuelle *	Espace individuel Fast track et endoscopie
<b>Tarifs</b>	49 € / jour	35 € / jour

Chambre individuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	Espace individuel
Solution multimédia TV et Internet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation (sauf contre indication médicale) (1 Boisson chaude ou froide, 1 sandwich ou potage, 2 produits sucrés (Yaourt, Madeleine, Cookie...))	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>Choix de la catégorie de prestation</b> (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Inclus  Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire, je serai hébergé(e) en chambre multiple ou en salon et je recevrai une collation composée d'une boisson chaude ou froide et de 2 madeleines.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre ou espace individuel, je séjournerais en chambre multiple ou en salon.

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 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 ci-dessus.
- 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 :