

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis seul(e)	Je suis connecté(e)
Catégorie prestation	Chambre Individuelle *	Box Premium Selon votre type d'intervention
Tarifs	49 € / jour	35 € / jour

Chambre individuelle	✓	Box Individuel
Télévision	✓	✗
Presse digitale (Ouest France, Elle, So Foot, Grands Reportages, Sciences et Vie)	✓	✓
Collation Gourmande Boisson chaude (thé, café, chocolat chaud) + sandwich ou salade + yaourt ou fruits au sirop + bouteille d'eau	✓ <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>	✓ <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)



Inclus



Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double ou en salon

*Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double 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.
- qu'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

Signature :

autre