

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie :

	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	CLASSIQUE	CONFORT
Tarifs	90 € / jour	100 € / jour
Chambre particulière confort (avec douche)	✗	✓
Télévision (6€/jour et caution de 50€)	●	●
Téléphone (ouverture de la ligne 6€)	●	●
Wi-Fi	✓	✓
Petit-Déjeuner	✓	✓
Déjeuner / Dîner	✓	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon de 100ml)	✓	✓
Formule accompagnant (15€ lit + petit déjeuner)	●	●
Coffre (Bureau de admissions)	✓	✓
Parking	✗	✓



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

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 en chambre double seront à ma charge.

Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

OPTIONS A LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	6 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone <small>(hors communications 0.23€/unité)</small>	6 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Lit / petit déjeuner accompagnant	15 € / jour	<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 ci-dessus.

Participation liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 20€/ jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- 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 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 :