

# AMBULATOIRE

## Informations tarifaires

	Je suis seul(e)
<b>Catégorie prestation</b>	Chambre individuelle
<b>Tarifs</b>	40 € / jour
Chambre individuelle	✓
Télévision	✓
Téléphone (ligne téléphonique permettant de recevoir des appels)	✓
Wi-fi	✓
Collation	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon de 100 ml)	✓
Coffre (Bureau des admissions et sortie)	✓
Parking	✗

Inclus
 Non - inclus

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 inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

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 .....  
 En qualité de :  patient  
 autre .....

Le .....  
 Signature :