AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis seul(e)	Je suis connecté(e)
Catégorie prestation	Chambre Individuelle *	Box Premium*
Tarifs	**49 € / jour**	**35 € / jour**
Chambre individuelle	✓	Box Individuel
Télévision & Journal	✓	✗
Flacon de Solution Hydro alcoolique *(100ml)*	✓	✓
Collation	✓	✓
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 sans option

*Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerais en Box premium 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 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
- 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 j'aurai sollicitées ne peut m'être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit m'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** .....

Signature :

En qualité de ☐ patient

☐ autre .....