

# CHIRURGIE AMBULATOIRE / ENDOSCOPIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre Premium	Box Individuel
TARIF	200 € / jour	150 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Collation (2)</b> Classique : boisson chaude, produit laitier, viennoiseries / biscuits salés Premium : En + : Plat chaud / sandwich au choix	 Premium	 Classique
<b>TV</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personne Accompagnant</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Collation Accompagnant</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Remise d'un ticket valable sur la durée du séjour

  Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût et d'un coffre

Inclus  Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) espace collectif.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en box individuel et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en box individuel (hors mineurs).

## CHIRURGIE AMBULATOIRE / ENDOSCOPIE

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 précédemment.

### 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 précédemment.

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 :**