




# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

|   | Je souhaite être accompagné(e)  | Je souhaite être seul(e)  |
|---|---|---|
| <b>TYPE D'ESPACE</b>                                  | Privatif Premium  | Privatif  |
| <b>TARIF</b>  | 80 € / jour   | 65 € / jour   |
| <b>Espace Individuel <sup>(1)</sup></b>               | ✓   | ✓   |
| <b>Pass Parking 24H</b>                               | ✓   | ✓   |
| <b>Télévision</b>                                     | ✓   | ✗   |
| <b>Collation <sup>(2)</sup></b>                       | <br> La Gourmande | <br>La Classique |
| <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

✓ Inclus

✗ Non - inclus



Je ne souhaite pas d'espace individuel et serai hébergé(e) en espace double/salon. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

Je comprends que :

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

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR LA CATÉGORIE ESPACE DOUBLE/SALON

|  | Prestation               | Prix       | Choix Patient            |
|--|--------------------------|------------|--------------------------|
|  | <b>Télévision</b>        | 10€ / jour | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Pass Parking 24/H</b> | 6 € / 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 précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP...) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou dérogations prévues par la loi
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (<https://www.bloctel.gouv.fr>).

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 :**