

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis connecté(e)	Je me fais plaisir	Je suis seul(e)
Catégorie prestation	Box Premium Fast track et endoscopie	Chambre Premium *	Chambre individuelle*
Tarifs	35 € / jour	59 € / jour	45 € / jour
Chambre individuelle	<input checked="" type="checkbox"/> Espace individuel (box)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tablette Connectée TV, radio, navigation web, jeux, applications web	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parking	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation	Déclinaison de mignardises salées et sucrées	Sandwich ou salade, encas et boisson (gamme de choix étendue)	Sandwich, compote et boisson
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Prestations non-accessibles en parcours fast-track et endoscopie



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 chambre double ou en salon et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge.

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 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.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge à mon arrivée dans l'établissement.

Fait à

Le

En qualité de patient
 autre

Signature :