

# AMBULATOIRE

## Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie prestation	Chambre individuelle	Prestation ambulatoire
Tarifs	67 € / jour	27 € / jour
Chambre individuelle	✓	✗
Télévision	✓	✓
WIFI	✓	✓
<b>Collation Premium</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sandwich club dinde emmental ou thon crudités               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une compote</li> <li>• Un cookie</li> </ul> </li> <li>• Une boisson chaude au choix</li> <li>• Une bouteille d'eau minérale</li> </ul>		

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)




Inclus



Non - inclus

Un coffre-fort est mis à votre disposition à l'accueil principal. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration.

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double sans prestation et je bénéficierai d'une collation basique : une boisson chaude, une bouteille d'eau, un cookie ou une compote.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations associées 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 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 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 :