

## CHIRURGIE AMBULATOIRE

TYPE DE CHAMBRE	Chambre individuelle	Chambre double - Espace collectif
TARIF	75€ / jour	-

**Collation (1)**

Brioche, compote, yaourt nature, sucre, boisson chaude (Thé, café ou chocolat. Enfants : jus de fruit ou grenadine)



Classique



Classique

**Télévision**



**SOMEo**

Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation



**Coffre (2)**



**Je choisis ma prestation**



(1) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

(2) Présence de casiers dans les chambres doubles ou espace collectif



Inclus



En option

Je comprends que :

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



# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestation	Prix	Choix Patient
 <b>Forfait Télévision + casque audio</b>	12.00 €	<input type="checkbox"/>
 <b>Téléphone</b>	7.00 €	<input type="checkbox"/>
 <b>SOME</b> Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation	10.00 €	<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 reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

### 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 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

**Signature :**

autre .....

