





# AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Etiquette patient

	Je me fais plaisir, chambre individuelle garantie	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>Offre chambre particulière</b>	<b>Premium</b>	<b>Avantage</b>	<b>individuelle</b>
<b>Tarifs</b>	<b>135 € / jour</b>	<b>75 € / jour</b>	<b>65 € / jour</b>

Pack Multimédia (Télévision + téléphone + Wifi)	<input checked="" type="checkbox"/> TV connectée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation	 Premium Cf : Mon Offre Ambulatoire Premium	 Améliorée Cf : Mon Offre Ambulatoire	 Classique (Gaufre, compote + eau)
Coffre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation accompagnant	 Premium	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Presse régionale (Voix du Nord)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Machine à café avec dosettes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon, bouchons d'oreilles, brosse à dents, dentifrice, mouchoirs, masque de sommeil)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Serviette de toilette	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Choix de la catégorie de prestation (à cocher)**



Inclus



Non - inclus

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

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en espace collectif ou chambre double.

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 :**