

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie prestation	Privlège	Avantage	Individuelle
Tarifs	84 / jour	52 € / jour	42 € / jour
Espace individuel	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	●
Collation standard	✗	✗	✓
Collation améliorée	✗	✓	✗
Collation confort	✓	✗	✗
Trousse de toilette bienvenue (serviette rafraichissante, mouchoir, kit dentaire, savon)	✓	✗	✗
Accompagnant déjeuner snack à la cafétéria <small>(1 boisson + 1 sandwich + 1 dessert au choix)</small>	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les chambres sont équipées de la wifi



Inclus



En option sur
demande



Non - inclus

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

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles en chambre double seront à ma charge.

Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

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 :

Collations pour l'ambulateur

Ces prestations ne concernent pas l'ambulateur en circuit court

PRESTATION STANDARD	
Collation salée	Collation sucrée
Un pain « pistolet »	Une gaufre
Un Fraidou	
Une compote de fruit	Une compote de fruit
Une bouteille d'eau 50 cl	Une bouteille d'eau 50 cl

PRESTATION AMELIOREE	
Collation salée	Collation sucrée
2 pains « pistolet »	Un pain « pistolet »
Beurre, Fraidou	Beurre, confiture
Une tranche de jambon	Une madeleine + 1 compote
Une bouteille d'eau 50 cl	Une bouteille d'eau 50 cl
Une boisson chaude (Thé ou café)	Une boisson chaude (Thé ou café)

PRESTATION CONFORT (incluant le repas accompagnant*)	
Collation salée	Collation sucrée
Un camembert	Un croissant
Un fromage pâte dure	Un pain « pistolet »
1 tranche de jambon	Un yaourt nature
2 pains « pistolet »	Confiture
Beurre	Beurre
Une purée de fruit	Un jus de pomme
Un potage de légumes	Une boisson chaude (Thé ou café)

*Repas accompagnant (formule Confort)

A la cafétéria : Une boisson, un sandwich, un dessert au choix parmi la liste ci-dessous :

- Sandwich volaille	- Flan coco	- Eau
- Jambon beurre	- Gâteau basque	- Coca
- Jambon fromage	- Moelleux chocolat	- Jus pomme ou orange