

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière :

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Privilège	Avantage	Individuelle
TARIF	85 € / jour	55 € / jour	45 € / jour
Espace individuel (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation (2) Détails et choix de collation au verso ; "Carte des collations pour ambulatoire"	 Confort	 Améliorée	 Classique
Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pack Bien-Etre Trousse bien-être (serviette rafraichissante, mouchoir, kit dentaire, savon)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pack Accompagnant Déjeuner : 1 salade au choix, 1 pain, 1 yaourt, 1 bouteille d'eau 50ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

Inclus Non - inclus

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

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 au verso).
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

CARTE* DES COLLATIONS POUR L'AMBULATOIRE

Prestation standard		Prestation confort (incluant le repas accompagnant)	
Collation salée	Collation sucrée	Collation salée	Collation sucrée
Un pain « pistolet » Un Fraidou Une compote de fruit Une bouteille d'eau 50 cl	Une gaufre Une compote de fruit Une bouteille d'eau 50 cl	Un camembert Un fromage pâte dure Une tranche de jambon 2 pains « pistolet » Beurre Une purée de fruit Un potage de légumes	Un croissant Un pain « pistolet » Un yaourt nature Confiture Beurre Un jus de pomme Une boisson chaude (Thé ou café)
Prestation améliorée		Repas accompagnant de la formule confort	
Collation salée	Collation sucrée	Une salade au choix accompagnée d'un pain, un yaourt et une bouteille d'eau de 50ml.	
2 pains « pistolet » Beurre, Fraidou Une tranche de jambon Une bouteille d'eau 50 cl Une boisson chaude (Thé ou café)	Un pain « pistolet » Beurre, confiture Une madeleine Une compote Une bouteille d'eau 50 cl Une boisson chaude (Thé ou café)	Salade japonaise : saumon, concombre, radis, carottes râpées, avocat, riz, vinaigrette soja/sésame	Salade Aioli : poisson blanc, pommes de terre, tomates, haricots verts, salade verte, sauce aioli
		Salade de crudités : Salade verte, radis, carottes râpées, concombre, betteraves rouges, fromage à pâte dure, vinaigrette aux agrumes	Salade fermière : Salade verte, avocat, radis, émincé de poulet, lentilles, vinaigrette aux herbes

*Ces prestations ne concernent pas l'ambulatoire en circuit court

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 précédemment

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 précédemment

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