




# CHIRURGIE AMBULATOIRE


Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Chambre Premium* <small>*Sauf parcours ophtalmo, main, gastro</small>	Chambre individuelle* <small>*Sauf parcours ophtalmo, main, gastro</small>	Box Individuel
<b>TARIF</b>	70 € / jour	60€ / jour	40 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✗
<b>Box individuel (1)</b>	✗	✗	✓
<b>Collation Premium (2)</b> Boisson chaude, jus d'orange, yaourt, viennoiserie ou wrap crudité/ thon/ jambon, chocolat			
<b>Pack Multimédia</b> Télévision ou tablette tactile + Presse en ligne	<b>Télévision</b>	<b>Télévision</b>	<b>Tablette tactile</b>
<b>Pack Accompagnant (3)</b> Collation premium pour l'accompagnant	✓	✗	✗
<b>Pack Bien-Etre</b> Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	✓	✗	✗

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) accompagnement après l'intervention

 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 salon de surveillance et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix
	<b>Pack Multimédia</b> Télévision avec casque audio + Presse en ligne	8 € / jour
	<b>Pack Accompagnant</b> Collation premium pour un accompagnant	10€ / jour
	<b>Pack Bien-Etre</b> Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	3€/ séjour
	<b>Collation premium</b> Boisson chaude, jus d'orange, yaourt, viennoiserie ou wrap crudité/ thon/ jambon, chocolat	10€ / repas

## 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.