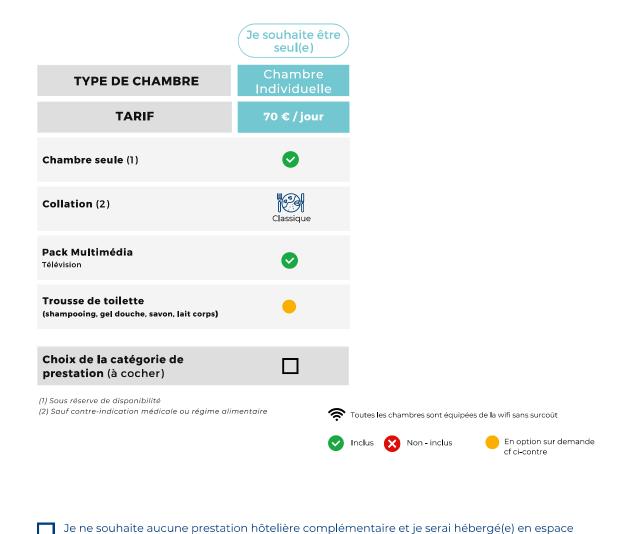


CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière



collectif.

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 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

Prix

Prestation

| | Trousse de toilette (shampooing, gel douche, savon, lait corps) | 5 € / la trousse | |
|--|--|------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Je soussigné(e) | | | |
| 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 règlementation 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 d | le : patient autre | Signature : | |







Choix Patient