







AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je suis seul(e)
Catégorie prestation	Chambre Zen	Chambre classique
Tarifs	100 € / jour	75 € / jour
Kit multimédia <small>(Télévision, Wifi, Téléphone (grille tarifaire es coûts de communication disponible à l'accueil))</small>	✓	✓
Kit soins et confort <small>(à base d'Aloe Vera)</small>	✓	✗
Kit serviette <small>(1 drap de bain, 1 serviette de toilette, 1 gant de toilette)</small>	✓	✗
Coffret gourmand Bio et Local <small>(un seul par jour)</small>	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ Inclus ✗ Non - inclus

OPTIONS SALON

Services	Prix	Sélection
 Forfait ambulatoire Adulte <small>(Télévision, Wifi, Cabinet de Toilette, Collation gourmande, Bouteille d'eau, flacon de Solution Hydroalcoolique)</small>	17 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Forfait ambulatoire Enfant <small>(Télévision, Wifi, Cabinet de Toilette, Box surprise, Bouteille d'eau, flacon de Solution Hydroalcoolique)</small>	17 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Téléphone <small>(Hors communication x€/l'unité)</small>	5.50 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant <small>(entrée, plat, dessert)</small>	12 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Goûter et boisson	4 €	<input type="checkbox"/>
 Boisson non alcoolisée	2 €	<input type="checkbox"/>

AMBULATOIRE

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

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 séjour :

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.

Fait à.....

Le.....

En qualité de : patient
 autre.....

Signature :