

HOSPITALISATION VIA LES URGENCES

Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie Prestation	Individuelle
TARIF	90 € / jour
Téléphone (hors communications: 0.23€/unité)	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision	<input type="checkbox"/>
Petit déjeuner	 Classique
Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert	 Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>

Inclus Non - inclus Options

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 séjournerais 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.

OPTIONS À LA CARTE

Prestation	Prix	Choix Patient
 Télévision	8 € / jour	<input type="checkbox"/>

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

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