Clinique Générale Annecy

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

| | J'accueille mes proches | Je souhaite être connecté(e) |
|---|---|---|
| **TYPE DE CHAMBRE** | Chambre Confort | Chambre individuelle |
| **TARIF** | **150 € / jour** | **90 € / jour** |
| **Chambre seule** (1) | ✓ | ✓ |
| **Climatisation** | ✓ | ✗ |
| **Collation** (2)<br>Plaisir : Muffin, Salade de pâtes, verrine gourmande, brioche/pain, bouteille d'eau, boisson chaude | Plaisir | Plaisir |
| **Accompagnant**<br>Collation Plaisir (Muffin, Salade de pâtes, verrine gourmande, brioche/pain, bouteille d'eau, boisson chaude) | Plaisir | ✗ |
| **Pack Multimédia**<br>Téléphone / Télévision | ✓ | ✓ |
| **Choix de la catégorie de prestation** (à cocher) | ☐ | ☐ |

*(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) espace 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).

# FORMULES AMBULATOIRE

| | Formule | Formule |
|---|---|---|
| **Prestation** | Confort | Ambulatoire* |
| **TARIF** | **30 € / jour** | **18 € / jour** |
| **Collation** (2)<br>Classique : Muffin, biscuits, madeleine, compote, jus de fruits, boisson chaude<br>Plaisir : Muffin, Salade de pâtes, verrine gourmande, brioche/pain, bouteille d'eau, boisson chaude | Plaisir | Classique |
| **Télévision** | Casque inclus | Casque inclus |
| **Choix de la catégorie de prestation** (à cocher) | ☐ | ☐ |

**Une formule Ambu Kids spécifique pour l'ORL et la stomatologie est mise en place. Pour les moins de 12 ans, 1 kit coloriage est inclus.*

Wifi inclus

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double ou espace collectif et bénéficierai d'une collation de base (boisson chaude, biscuits et d'une madeleine)

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 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 .....

**Signature :**

En qualité de : ☐ patient

☐ autre .....