

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je suis seul(e)
Offre chambre particulière	Premium	Avantage	Individuelle
Tarifs	105 € / jour	85 € / jour	75 € / jour
Téléphone (hors communications: 0.23€/unité)	✓	✓	✗
Télévision - Wifi	✓	✓	✗
Petit déjeuner (sauf contre-indication médicale) Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner gourmet	 Premium	 Premium	 Classique
Déjeuner/Diner (sauf contre-indication médicale) Classique : entrée + plat + dessert Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	 Premium	 Classique	 Classique
Nuit et petit déjeuner accompagnant	●	●	●
Kit de toilette patient (linge et produits de toilette mis à disposition)	✓	✗	✗
Pack Grand Confort (Plateau de courtoisie quotidien (bouilloire, café, thé, goûter)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inclus



En option sur demande



Non - inclus



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 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.

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Services	Prix	Sélection
 Télévision (sauf chambre Premium et Avantage)	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Téléphone (sauf chambre Premium et Avantage) <small>(hors communications 0,23€/unité)</small>	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Nuit / petit déjeuner accompagnant	17 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant premium <small>Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert</small>	16 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant classique <small>entrée - plat - dessert</small>	10 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Trousse de toilette (gel douche, lait pour le corps, shampooing, galet savon, dentifrice, brosse à dents, mouchoirs papier, coton tiges)	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Coffre fort	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Wifi	2 € / 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

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 le jour de ma sortie de l'établissement

Fait à

Le

En qualité de : patient
 autre

Signature :