

HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	107 €/jour	87 €/jour	77 €/jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) <small>Classique : Petit déjeuner simple (boisson chaude, jus d'orange, pain, confiture et beurre) Premium : Petit déjeuner gourmet (boisson chaude, jus d'orange premium, brioche, pain, confiture premium, yaourt ou compote et beurre)</small>	Premium	Premium	Classique
Déjeuner / Dîner (2) <small>Classique : Entrée - Plat - Dessert Premium Gourmet : choix menu à la carte</small>	Premium	Classique	Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	✓	✓	✗
Pack Accompagnant Lit / Petit-déjeuner Plateau courtoisie (Café, thé, goûter)	✓	✗	✗
Pack bien-être Linge de toilette (drap de bain) Une trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon) par séjour	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf jour de l'intervention et 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) en chambre double.

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 chambre double la nuit (hors mineurs)
- 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 (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Pack Multimédia (Chambre individuelle ou chambre double) Téléphone / Télévision	12 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Pack Accompagnant (Chambre seule seulement) Lit / Petit-déjeuner	17 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Pack Bien-Etre Linge de toilette (drap de bain) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	8 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Premium	Déjeuner et Dîner Premium (à réserver 48 heures à l'avance) Choix menu gourmet à la carte	18 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Premium	Petit déjeuner Premium (à réserver avant 12h00 la veille) Premium : Boisson chaude, jus d'orange premium, brioche, yaourt/compote, pain, confitures premium beurre	10 € / repas	<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 précédemment.

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 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 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 :