

# HOSPITALISATION COMPLÈTE

Je choisis ma prestation hôtelière:  
**Chirurgie**

	J'accueille les proches	Je souhaite m'occuper	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	119 € / jour	99 € / jour	85 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> Classique : boisson chaude / pain / jus de fruits Premium : boisson chaude / pain et viennoiserie / jus de fruit	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner / Dîner (2)</b> Classique : entrée / plat / dessert Premium : entrée / plat / laitage / dessert	 Premium	 Classique	 Classique
<b>Plateau courtoisie (3)</b> Biscuits, boisson chaude	✓	✗	✗
<b>Pack Multimédia (3)</b> Téléphone / Télévision / Presse en ligne	✓	✓	✗
<b>Pack Accompagnant (4)</b> Lit / Petit-déjeuner premium	✓	✗	✗
<b>Pack bien-être (5)</b> Linge de toilette (drap de bain, serviette) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<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

(3) Par jour

(4) Par nuit

(5) Par séjour

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût (demande à faire à l'accueil)

 Inclus  Non - inclus

Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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
	<b>Pack Multimédia</b> Téléphone / Télévision / Presse en ligne	15 € / jour <input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant (chambre particulière)</b> Lit / Petit-déjeuner prémium	30 € / jour <input type="checkbox"/>
	<b>Pack Bien-Etre</b> Linge de toilette (drap de bain, serviette) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	10 € / séjour <input type="checkbox"/>
	<b>Petit déjeuner Premium</b>	12 € / repas <input type="checkbox"/>
	<b>Déjeuner ou Dîner Premium</b>	15 € / jour par 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 reconnaît 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.
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (<https://www.bloctel.gouv.fr>).

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 :**