

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie ou de médecine

| | Je me fais plaisir | Je suis connecté(e) | Je souhaite être seul(e) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Offre chambre particulière | Deluxe | Premium | Confort |
| Tarifs | 130 € / jour | 90 € / jour | 70 € / jour |
| Téléphone | ✓ | ✓ | ✓ |
| Télévision | ✓ | ✓ | ✓ |
| Kit de toilette patient & (Drap de bain, serviette et gant de toilette) Kit Soins et Confort à base d'Aloe Vera | ✓ | ✓ | ✗ |
| Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple * | Classique | Classique | Classique |
| Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert * | Classique | Classique | Classique |
| Formule accompagnant | ● | ● | ● |
| Parking Selon places disponibles | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pack Grand Confort Coffret gourmand (jus de pomme et 2 madeleines) Presse | ✓ | ✗ | ✗ |
| Kit Enfants Jouet / Puzzle, tatouage, coloriage, gobelet | ● | ● | ● |
| Choix de la catégorie de prestation (à cocher) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

Toutes les chambres seules sont équipées de la wifi



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.

Tarifs en vigueur au 15 janvier 2023

Les tarifs s'entendent TTC

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

| Services | Prix | Sélection |
|--|-----------------|--------------------------|
|  Télévision | 7 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Téléphone <small>(hors communications 0.23€/unité)</small> | 7 € / séjour | <input type="checkbox"/> |
|  Wifi | 4 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Kit Multimédia : Télévision, Wifi et téléphone | 12 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Lit / petit déjeuner accompagnant | 23.10 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Repas accompagnant <small>entrée + plat + dessert</small> | 13.10 € / repas | <input type="checkbox"/> |
|  Formule accompagnant complet 24h/24 | 49,20 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Kit Enfants <small>Jouet / Puzzle, tatouage, coloriage, gobelet</small> | 5 € le kit | <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 :