

HOSPITALISATION - MÉDECINE/CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis accompagné(e)	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	130 € / jour	95€ / jour	75 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Wifi	✓	✓	✗
Kit linge Drap de bain/serviette	✓	✗	✗
Kit soin de confort Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	✓	✓	✗
Formule Accompagnant Nuit + Petit déjeuner Dîner	✓	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

Inclus
 Non - inclus
 En option sur demande

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).

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone	7 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Wifi	4 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Pack Multimédia Téléphone / Télévision / wi-fi	12 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Lit / petit déjeuner accompagnant	23,10 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant	13,10 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Formule accompagnant complet 24h/24	49,20 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Kit linge : Drap de bain, serviette de toilette	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Kit soins : Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	6 € / séjour	<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 :