

HOSPITALISATION COMPLÈTE CHIRURGIE - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille mes proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	130 € / jour	95 € / jour	80 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : boisson chaude, pain, beurre, confiture Premium : boisson chaude, jus de fruit, yaourt bio, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel	 Premium	 Premium	 Classique
Déjeuner / Dîner (2) Classique : entrée, plat, laitage, dessert	 Classique	 Classique	 Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Wifi/ Presse en ligne	✓	✓	✗
Kit linge (3) Drap de bain/serviette	✓	✗	✗
Kit soin de confort (4) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, lait corps, savon)	✓	✗	✗
Pack Accompagnant Lit + Petit déjeuner	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) 1 kit pour le séjour (renouvellement inclus sur demande)

(4) 1 kit pour le séjour



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
 Pack Multimédia Téléphone / Télévision / wi-fi/ Presse en ligne	17 € / jour	☐
 Télévision	8€ / jour	☐
 Pack accompagnant Lit + petit déjeuner	39 € / jour	☐
 Repas accompagnant	14 € / repas	☐
 Kit soins de confort : Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	6 € l'unité	☐
 Kit linge : Drap de bain, serviette de toilette	5 € l'unité	☐

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.
- 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 :