

HOSPITALISATION

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

	J'accueille des proches	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je suis seul(e)
Offre chambre particulière	Grand confort	Premium	Avantage	Individuelle
Tarifs	149 € / jour	129 € / jour	99 € / jour	85 € / jour
Téléphone (hors communications: 0.23€/unité)	✓	✓	✓	✗
Télévision	✓	✓	✓	✗
Kit de toilette patient (peignoir, linge et produits de toilette à disposition)	✓	✓	✗	✗
Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner gourmet	 Premium	 Premium	 Classique	 Classique
Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	 Premium	 Classique	 Classique	 Classique
Lit et petit déjeuner accompagnant	✓	●	●	●
Parking	✓	✗	✗	✗
Espace salon	✓	✗	✗	✗
Pack Grand Confort (Plateau de courtoisie quotidien (goûter) - Journal - Accueil et service d'une hôtesse)	✓	✗	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les chambres 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.

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone <small>(hors communications 0.23€/unité)</small>	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Lit / petit déjeuner accompagnant	23 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant premium <small>Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert</small>	14 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Kit Linge de toilette à disposition <small>(peignoir, linge et produits de toilette)</small>	10 € 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.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à

Le

Signature :

En qualité de : patient

autre