






MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

	Comme à la maison	J'accueille des proches	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je suis seule
Offre chambre particulière	Suite Parentale	Grand Confort	Premium	Avantage	Individuelle
Tarifs	250€ / jour	149€ / jour	129€ / jour	99€ / jour	85€/jour





Solution Connectée (Tv, téléphone, internet, Jeux, radio...)	✓	✓	✓	✓	●
Déjeuner/Dîner Classique : entrée + plat + dessert Premium : entrée + plat + dessert * (*) sauf contre-indication médicale	 Premium	 Premium	 Premium	 Classique	 Classique
Prise en charge de la déclaration de naissance	✓	✓	✓	✓	●
Kit de toilette (peignoir, linge et produits de toilette à disposition)	✓	✓	✗	✗	✗
Kit bien-être écoresponsable maman et bébé (crème, cotons réutilisables, couches écoresponsables, gourde, petite cuillère bébé, stylo)	✓	✓	✗	✗	✗
Lit et petit déjeuner accompagnant	✓	✓	●	●	●
Parking parturiente et conjoint(e)	✓	✓	✓	✓	✓
Espace salon Lit double Terrasse	✓	✗	✗	✗	✗
Repas accompagnant premium Entrée + plat + dessert	✓	●	●	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wifi disponible pour toutes les chambres

✓ Inclus
 ● En option sur demande
 ✗ Non - inclus

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Services	Prix	Sélection
 Solution Connectée (Tv, téléphone, internet, Jeux, radio...)	8,50 €/jour	<input type="checkbox"/>
 Prise en charge de la déclaration de naissance	10 €	<input type="checkbox"/>
 Lit / petit déjeuner accompagnant	23 €/jour	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant premium (gourmet)	14 €/jour	<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 Assurée 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 :