





# 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)
<b>Offre chambre particulière</b>	Grand confort	Premium	Avantage	Individuelle
<b>Tarifs</b>	159 € / jour	135 € / jour	105 € / jour	89 € / 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	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert * (* ) sauf contre-indication médicale	 Premium	 Premium	 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)	✓	✗	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<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



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.

Tarifs en vigueur au 1er janvier 2024

Les tarifs s'entendent TTC

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Services	Prix	Sélection
 Télévision chambre seule	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Télévision chambre double	4 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Téléphone (hors communications 0.23€/unité)	7 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Lit / petit déjeuner accompagnant	23 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant premium Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	14 € / repas	<input type="checkbox"/>

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.

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 :