

MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

	Comme à la maison	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Suite parentale	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	250 € / jour	160 € / jour	120 € / jour	90 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓	✓
Déjeuner / Dîner (2) Classique : Entrée + Plat + Dessert Premium : Entrée + Plat + Dessert	 Premium	 Premium	 Classique	 Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne	✓	✓	✓	●
Pack Accompagnant (par nuit) Lit et petit déjeuner	✓	✓	✗	✗
Parking (3) Parturiente et conjoint(e)	✓	✓	✗	✗
Kit bien-être (1 par séjour) peignoir, linge et produits de toilette à disposition	✓	✓	✗	✗
Kit écoresponsable maman et bébé (1 kit par séjour) (crème, cotons réutilisables, couches écoresponsables, gourde, petite cuillère bébé, stylo)	✓	✓	✗	✗
Espace salon / Lit double / Terrasse	✓	✗	✗	✗
Prise en charge de la déclaration de naissance	✓	✓	✓	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Remise d'un ticket valable sur la durée du séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus



Options

☐ 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).

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne	8.50 € / jour	☐
	Repas Accompagnant premium	14 € / jour	☐
	Pack accompagnant Lit / Petit-déjeuner accompagnant	23 € / nuit	☐
	Prise en charge de la déclaration de naissance	10 €	☐

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 :