





MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

	Comme à la maison	J'accueille les proches	Je souhaite m'occuper	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Suite parentale	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	250 € / jour	160 € / jour	120 € / jour	95 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓	✓
Déjeuner / Dîner (2) <small>Classique : Entrée + Plat + Dessert Premium : Entrée + Plat + Laitage + Dessert</small>	 Premium	 Premium	 Classique	 Classique
Pack Multimédia <small>Téléphone / Télévision / Presse en ligne</small>	✓	✓	✓	✗
Pack Accompagnant (3) <small>Lit et petit déjeuner</small>	✓	✓	✗	✗
Parking (4) <small>Parturiente et conjoint(e)</small>	✓	✗	✗	✗
Pack bien-être (5) <small>peignoir, linge et produits de toilette à disposition</small>	✓	✓	✗	✗
Kit écoresponsable (5) maman et bébé <small>(Composition surprise selon nos découvertes)</small>	✓	✗	✗	✗
Espace salon / Lit double / Terrasse	✓	✗	✗	✗
Prise en charge de la déclaration de naissance	✓	✓	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Par nuit

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

(5) Par séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double. Des options 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 / Presse en ligne	15 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner ou Dîner premium	15 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Pack accompagnant Lit / Petit-déjeuner	30 € / nuit	<input type="checkbox"/>
	Prise en charge de la déclaration de naissance	10 €	<input type="checkbox"/>
	Pack bien-être peignoir, linge et produits de toilette à disposition	10 € / Séjour	<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 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 :