

# HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière

Je souhaite être accompagné(e)

Je souhaite me faire plaisir

Je souhaite être seul(e)

| TYPE DE CHAMBRE <sup>(1)</sup>                                                                                            | Premium                                                                                      | Avantage                                                                                      | Individuelle                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TARIF                                                                                                                     | 180€ / jour                                                                                  | 162€ / jour                                                                                   | 135€ / jour                                                                                      |
| <b>Pack Multimédia</b><br><small>(Téléphone, Télévision, Wifi)</small>                                                    | ✓                                                                                            | ✓                                                                                             | ✓                                                                                                |
| <b>Petit déjeuner <sup>(2)</sup></b>                                                                                      | <br>Premium | <br>Premium | <br>Classique |
| <b>Déjeuner ou Dîner <sup>(3)</sup></b><br><small>sous conditions de régime</small>                                       | <br>Premium | <br>Premium | <br>Classique |
| <b>Presse en ligne</b>                                                                                                    | ✓                                                                                            | ✓                                                                                             | ✓                                                                                                |
| <b>Formule Accompagnant</b><br><small>Lit / Petit-déjeuner Premium</small>                                                | ✓                                                                                            | ✗                                                                                             | ✗                                                                                                |
| <b>Trousse hygiène</b><br><small>Brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, savon, lait corporel.</small> | ✓                                                                                            | ✓                                                                                             | ✗                                                                                                |
| <b>Coffre sécurisé</b>                                                                                                    | ✓                                                                                            | ✓                                                                                             | ✓                                                                                                |
| <b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                         |

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Petit déjeuner premium : boisson chaude & froide / pain / viennoiserie / yaourt / beurre, miel, confiture

(3) Déjeuner ou dîner premium : Entrée, plat, fromage, dessert



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

☐ 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).
- En cas de non-restitution de la télécommande le jour de votre sortie de l'établissement, je suis informé que le montant de la télécommande me sera facturé et je m'engage à payer le cout lié au remplacement de la télécommande, soit 20 €.



# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

|                                                                                  | Prestation                                                                                                                | Prix               | Choix Patient            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | <b>Télévision</b> du 1er au 7ème jour                                                                                     | 6€ / jour          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                  | à partir du 8ème jour                                                                                                     | 3€ / jour          | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Casque individuel télévision</b>                                                                                       | 3€ / séjour        | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                  | <b>Formule accompagnant</b><br><small>Lit pliant/ Petit-déjeuner premium</small>                                          | 25€ / nuit         | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Trousse hygiène</b><br><small>Brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, savon, lait corporel.</small> | 8€ / séjour        | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Petit déjeuner Premium</b>                                                                                             | 7 € / repas        | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Déjeuner ou Dîner Premium</b>                                                                                          | 20 € / repas       | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                  | <b>Presse en ligne</b>                                                                                                    | 5 € forfait 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 23€/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 :**