

# HOSPITALISATION - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	130 € / jour	110 € / jour	95 € / jour
<b>Chambre seule</b> (1)	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner</b> (2) <small>Classique : petit déjeuner simple</small>	Classique	Classique	Classique
<b>Déjeuner / Dîner</b> (2) <small>Classique : entrée + plat + dessert</small>	Classique	Classique	Classique
<b>Pack Multimédia</b> <small>Téléphone / Télévision / Presse en ligne</small>	✓	✓	✗
<b>Pack Soins</b> <small>Shampooing, gel douche, savon</small>	✓	✓	✗
<b>Pack Bien-être</b> (3) <small>1 drap de bain, 1 serviette, 1 gant</small>	✓	✗	✗
<b>Pack accompagnant</b> <small>Lit, petit-déjeuner</small>	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation</b> (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Renouvellement à la demande

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/salon. Des options à la carte 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
	<b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors coût communication : 0.23€/unité) / Télévision / Presse en ligne	20 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit / Petit-déjeuner	45 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Repas Accompagnant</b> Au choix : déjeuner ou dîner	10 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Bien-être</b> 1 drap de bain, 1 serviette, 1 gant	40 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Soins</b> Shampooing, gel douche, savon	5 € / 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 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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP ..... ) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou 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 :**