

MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

	Comme à la maison	Je me fais plaisir	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Parentale	Avantage	Individuelle
TARIF	230 € / jour	130€ / jour	95 € / jour
Chambre seule (1) Avec télévision	✓	✓	✓
Pack Multimédia Téléphone / / Wifi / Presse en ligne	✓	✓	✗
Petit déjeuner Classique	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner : Premium pour la patiente (2) Dîner : Classique (2)	 Premium	 Classique	 Classique
Pack Soins et Confort / par séjour Trousse bien-être (produits d'hygiène)	✓	✓	✗
Pack Bien-Etre Linge de toilette (drap de bain, tapis) * Mis à disposition	✓	✓	✗
Pack Bien Être accompagnant Linge de toilette (drap de bain) * Mis à disposition	✓	✗	✗
Pack retour à la maison 1 mois de couches *Sur une base de 7 couches par jour	✓	✓	✗
Pack Chambre Parentale Lit double, boissons chaudes (cafés, thés), Réfrigérateur	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



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 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
 Pack Multimédia Téléphone / Wifi / presse en ligne	20 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Téléphone hors coût com 0.23€/unité)	7 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Télévision	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Pack Soins et Confort Trousse bien-être (produits d'hygiène)	15 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Pack bien être 2 serviettes, 1 tapis de bain (mis à disposition)	40 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Pack retour à la maison 1 mois de couches / Sur une base de 7 couches par jour	70 € / séjour	<input type="checkbox"/>
 Pack Chambre Parentale Lit double, boissons chaudes (cafés, thés), Réfrigérateur	200 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Repas Premium entrée, plat, dessert	18 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Fauteuil accompagnant / petit déjeuner En fonction des disponibilités	45 € / nuit	<input type="checkbox"/>
 Repas accompagnant Entrée + plat + dessert	10 € / repas	<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 reconnaît 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

Signature :

autre