







# HOSPITALISATION : CHIRURGIE - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille mes proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>TARIF</b>	178 €/jour	147 €/jour	110 €/jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Pack multimédia</b> Télévision / presse en ligne 25 titres (QR code)	✓	✓	✗
<b>Petit déjeuner (2)</b> Classique : boisson chaude, pain beurre, confiture Premium : boisson chaude, jus de fruit, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel.	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner / Dîner (2)</b> Classique : entrée, plat, laitage, dessert Premium : entrée, plat, laitage, dessert gamme premium	 Premium	 Classique	 Classique
<b>Pack Bien-être</b> Trousse avec shampoing, gel douche, lait corps (3) Mise à disposition d'un kit linge (4)	✓	✗	✗
<b>Pack Accompagnant</b> Lit accompagnant / repas premium	✓	✗	✗
<b>Plateau courtoisie</b> Café et thé à disposition (réassort à la demande)	✓	✗	✗
<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) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

ou régime alimentaire

(3) Une trousse par séjour

(4) Drap, serviette et tapis de bain, changement tous les 2 jours



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
	<b>Pack bien-être</b> Trousse avec shampoing, gel douche, lait corps Mise à disposition de drap, serviette et tapis de bain	15 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack multimédia</b> Télévision / presse en ligne	10 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit accompagnant / repas premium	50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit déjeuner Premium</b> boisson chaude, jus de fruit, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel.	10€ / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Déjeuner ou dîner Premium</b> entrée, plat, laitage, dessert gamme premim	25 € / 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 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 :**