







### HOSPITALISATION COMPLETE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>TARIF</b>	165 €/ jour	115 € / jour	100 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> Classique : petit déjeuner classique Gourmand : petit déjeuner classique + viennoiserie + fruit de saison	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Déjeuner et Dîner (2)</b> Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu Prestige	 Gourmand	 Classique	 Classique
<b>Collation (2)</b> Petit pain ou biscottes, douceur du jour, yaourt, beurre, confiture ou miel, jus de fruits, boisson chaude (café, thé ou chocolat)	✓	✗	✗
<b>Pack multimédia</b> Téléphone / Télévision	✓	✓	●
<b>Parking</b> Ticket sur la durée totale du séjour	✓	✓	✗
<b>Trousse de toilette / séjour</b> (Shampooing, gel douche, savon, lait corps)	✓	✓	●
<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) Remise d'un ticket valable sur la durée du séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus



en option sur demande cf page 2



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>Télévision</b>	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Téléphone</b> + communications	2 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit / Petit-déjeuner/ Parking	20 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Trousse de toilette</b> (shampooing, gel douche, savon, lait corps)	5 € / la trousse	<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 :**