HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie ou de médecine

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	**115 €/ jour**	**90 € / jour**	**80 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Premium : continental ou énergie (Ref. : Carte menu plaisir / ADM137 - Avril2025)	Premium	Premium	Classique
Déjeuner / Dîner (2) Classique : menu de la semaine Premium ; carte menu plaisir avec entrée/plat/fromage/dessert	Premium	Classique	Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision (hors communication)	✓	✓	✗
Pack Accompagnant Lit / Petit-déjeuner / 1 repas par jour	✓	✗	✗
Pack bien-être Trousse de toilette (brosse à dents, dentifrice, gel shampoing savon, peigne en bois, bouchons d'oreilles)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité
(2) Sauf jour de l'intervention et 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 je serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles page 2 de ce document (au verso).

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 le 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
	Télévision	7€ / jour 6€/jour à compter du 10ème jour	☐
	Téléphone (hors communications 0.23€/unité)	5.5€ / séjour 2.5€ appels entrant	☐
	Lit / Petit déjeuner accompagnant	20€ / jour	☐
	Repas accompagnant	20€ / repas	☐

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 ci-dessus.

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 règlementation 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** .....

Signature :

En qualité de : ☐ patient

☐ autre .....