








# HOSPITALISATION - CHIRURGIE

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	107€ / jour	87€ / jour	77€ / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> <small>Classique : Boisson chaude + Jus de fruit + Pain ou Biscotte + Beurre + Confiture Premium : Boisson chaude + Jus de fruit + Yaourt nature + Pain ou Biscotte + Viennoiserie + Beurre + Confiture + Miel</small>	 Premium	 Classique	 Classique
<b>Déjeuner / Dîner (2)</b> <small>Classique : Entrée + Plat + Dessert</small>	 Classique	 Classique	 Classique
<b>Pack Numérique</b> <small>Téléphone, Télévision, Presse en ligne</small>	✓	✓	✗
<b>Pack Accompagnant</b> <small>Nuit, Petit déjeuner accompagnant Plateau de courtoisie (bouilloire, thé, café, goûter)</small>	✓	✗	✗
<b>Pack Bien Etre</b> <small>Linge de toilette (serviette, drap de bain, tapis, gants) Trousse Océane (gel douche, shampoing, savon, lait pour le corps)</small>	✓	✗	✗
<b>Coffret "Grain de sail" ou Algoplus</b> <small>Grain de sail : Coffret de chocolats Algoplus : Coffret de savons</small>	✓	✗	✗
<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

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût (code à demander à l'admission)

✓ Inclus ✗ Non-inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

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 Numérique</b> Téléphone, Télévision, Presse en ligne	15 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit, Petit-déjeuner Plateau courtoisie (bouilloire, thé, café, goûter)	30 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Bien-Etre</b> Linge de toilette (serviette, drap de bain, tapis, gant) Trousse Océane (shampooing, gel douche, savon, lait pour le corps)	15 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit Déjeuner Classique</b> Boisson chaude + Jus de fruit + 1 Pain ou Biscotte + 1 Viennoiserie (D et JF) + Beurre + Confiture	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit Déjeuner Premium</b> Boisson chaude + Jus de fruit + Yaourt nature + Pain ou Biscotte + Viennoiserie + Beurre + Confiture + Miel	7 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Repas patient Premium</b> Entrée + Plat + Dessert (Cf. Carte)	14 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Repas accompagnant Classique</b>	9 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Repas accompagnant Premium</b> Entrée + Plat + Dessert (Cf. Carte)	16 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit Dentaire</b> Brosse à dent, dentifrice	2,90 € / 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 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

autre .....

**Signature :**