





HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite me faire plaisir	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Individuelle
TARIF	120 € / jour	100 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : boisson chaude, pain, beurre, confiture	 Classique	 Classique
Déjeuner / Dîner (2) Classique : Entrée, plat, laitage, dessert	 Classique	 Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	✓	✗
Trousse bien-être Trousse avec Shampoing, gel douche, savon (4)	✓	✗
Plateau courtoisie Dosettes de café et de thé (2/jour)	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire

(4) Une trousse par séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût, accès ouvert sur demande à l'accueil



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 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 / Télévision	10 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Trousse bien-être Shampooing, gel douche, savon	6 € / trousse	<input type="checkbox"/>
	Kit linge Tapis de bain, serviette	10 € / 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 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 :