

HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Avantage	Individuelle
TARIF	105 €/ jour	88 € / jour
Chambre seule (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Petit déjeuner (2) Classique : Pain ou biscottes, jus d'orange, beurre, confiture, boisson chaude au choix, brioche le samedi	 Classique	 Classique
Déjeuner/Diner (2) Classique : entrée, plat, fromage et/ou dessert, thé ou café uniquement après le déjeuner	 Classique	 Classique
Pack Multimédia Télévision / Presse en ligne/ Téléphone	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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

Toutes les chambres sont équipées d'un coffre individuel et du wifi sans surcoût

Inclus

Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière supplémentaire et je 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 page 2)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectifs (hors mineurs)

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestations	Prix	Choix Patient
	Pack Mutimédia Télévision / Presse en ligne/ Téléphone	20 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Formule accompagnant (lit/petit déjeuner)	21 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant	12 €	<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 :