

# HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière

|  | J'accueille les proches  | Je souhaite être connecté(e) | Je souhaite être seul(e) |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <b>TYPE DE CHAMBRE</b>   | Premium                  | Avantage                     | Individuelle             |
| <b>TARIF</b>   | 140 € / jour             | 120€ / jour                  | 115 € / jour             |
| <b>Chambre seule</b>   | ✓                        | ✓                            | ✓                        |
| <b>Pack Multimédia</b><br>Téléphone / Télévision / Presse en ligne         | ✓                        | ✓                            | ✗                        |
| <b>Pack Accompagnant</b><br>Lit / Petit-déjeuner                           | ✓                        | ✗                            | ✗                        |
| <b>Pack Bien-Etre</b><br>Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon) | ✓                        | ✗                            | ✗                        |
| <b>Repas classique</b>   | ✓                        | ✓                            | ✓                        |
| <b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

(1) Sous réserve de disponibilité

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi et du coffre-fort sans surcoût

✓ 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 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).

Lu et approuvé

Signature

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE\*

|   | Prestation   | Prix                       | Choix Patient            |
|---|--|----------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pack Multimédia</b><br>Téléphone / Télévision / Presse en ligne   | 9 € / jour<br>0.15 € / min | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Pack Accompagnant</b><br>Lit / Petit-déjeuner <i>(Uniquement en chambre particulière)*</i>              | 20 € / jour                | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Pack Bien-Etre</b><br>Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)                                 | 10 € / pack                | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Petit déjeuner Premium*</b><br>Boisson chaude, pain, confiture, beurre, croissant, yaourt, jus de fruit | 8 € / repas                | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Déjeuner Premium*</b><br>Entrée, plat, laitage, dessert   | 25 € / repas               | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Dîner Premium*</b><br>Entrée, plat, laitage, dessert  | 25 € / repas               | <input type="checkbox"/> |

*\*pour les patients hospitalisés :  
en dehors du jour de l'intervention et en fonction des contre-indications médicales*

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 :**