

# HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

| TYPE DE CHAMBRE  | Gourmet   | Confort  | Classique   |
|--|---|--|---|
| TARIF  | 122€ / jour   | 110€ / jour  | 95€ / jour  |
| <b>Petit déjeuner (2)</b><br>Classique : Boisson chaude, pain, beurre, confiture<br>Premium : Boisson chaude, jus de fruit, croissant, pain, beurre et confiture                   |  Plaisir |  Plaisir   |  Classique |
| <b>Déjeuner (2)</b><br>Classique : Les menus sont affichés dans les services de soins.<br>Premium : Le menu est disponible à l'accueil et sur demande auprès des équipes de soins. |  Gourmet |  Classique |  Classique |
| <b>Télévision</b>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>Trousse de toilette et chaussons</b><br>Savon, gel douche, shampoing, kit dentaire et kit vanity (cotons et cotons tige)  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>Presse quotidienne</b>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <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

(3) Remise d'un ticket valable sur la durée du séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



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>Télévision</b>   | 7€ / jour    | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Télévision + casque</b>  | 9€ / jour    | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Trousse de toilette</b><br>Savon, gel douche, shampoing, kit dentaire et kit vanity<br>(cotons et cotons tige) | 10€ / séjour | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Lit accompagnant *</b><br><i>*Sauf USC</i>   | 16€ / nuit   | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Petit-déjeuner accompagnant</b>  | 7€ / repas   | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Repas accompagnant</b>   | 13€ / repas  | <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 :**