

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 | 130€ / jour | 110€ / jour | 95€ / jour |
| Chambre seule avec coffre (1) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Petit-déjeuner (2) Classique : Boisson chaude, pain, beurre, confiture Plaisir : Boisson chaude, jus de fruit, croissant, pain, beurre et confiture |  Plaisir |  Plaisir |  Classique |
| Déjeuner (2) Classique : Les menus sont affichés dans les services de soins. Gourmet : Le menu est disponible à l'accueil et sur demande auprès des équipes de soins. |  Gourmet |  Classique |  Classique |
| Pack Multimédia Télévision / Presse et quotidiens en ligne | ✓ | ✓ | ✗ |
| Pack Bien-être Trousse de toilette (savon, gel douche, shampoing, kit dentaire et kit vanity) et chaussons | ✓ | ✗ | ✗ |
| Pack Accompagnant (3) Lit et petit-déjeuner | ✓ | ✗ | ✗ |
| Choix de la catégorie de prestation (à cocher) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1) Sous réserve de disponibilité |  Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût | | |
| (2) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire | | | |
| (3) Option non disponible pour les patients d'USC |  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 |
|--|---------------|--------------------------|
|  Pack Multimédia Télévision / Casque / Presse et quotidiens en ligne | 10€ / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Pack Bien-Être Trousse de toilette (savon, gel douche, shampoing, kit dentaire, kit vanity) et chaussons | 10€ / trousse | <input type="checkbox"/> |
|  Petit-déjeuner Plaisir Boisson chaude, jus de fruit, croissant, pain, beurre et confiture | 5€ / jour | <input type="checkbox"/> |
|  Déjeuner Gourmet | 15€ / repas | <input type="checkbox"/> |
|  Déjeuner Accompagnant (4) | 13€ / repas | <input type="checkbox"/> |

(4) Option possible uniquement pour la prestation Chambre particulière Premium

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 reconnaît 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 :