

# HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je suis seul(e)
<b>Offre chambre particulière</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>Tarifs</b>	105 € / jour	85 € / jour	75 € / jour
Pack Wifi / Téléphone	✓	✓	✗
Télévision	✓ Téléviseur 32"	✓ Téléviseur 22"	✗
Petit déjeuner Classique : boisson chaude (thé, café, chocolat chaud) + pain ou biscotte + beurre ou confiture	Classique <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>	Classique <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>	Classique <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>
Déjeuner/Dîner Classique : entrée + plat + dessert Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	Premium <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>	Classique <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>	Classique <small>Sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention</small>
Nuit et petit déjeuner accompagnant	●	●	●
Kit de Bienvenue Pochette contenant une brosse à dent avec son dentifrice, un bonnet de douche, une dose de shampoing, un savon et un gel hydroalcoolique	✗	✓	✗
Kit de toilette Premium Trousse de toilette contenant un shampoing, un gel douche, un lait corporel, une brosse à dent, un dentifrice, des cotons-tiges, des mouchoirs et un savon galet	✓	✗	✗
Pack Premium • Plateau de courtoisie quotidien (bouilloire, café, thé, goûter) sous réserve d'un régime alimentaire de suite d'intervention • PRESSE DIGITALE	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ Inclus

● En option sur demande

✗ Non - inclus


Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.  
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

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 en chambre double seront à ma charge.

Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	6,5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Pack Wifi / Téléphone	4 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Nuit / petit déjeuner accompagnant	23 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant premium Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	14 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Kit de Bienvenue Pochette contenant une brosse à dent avec son dentifrice, un bonnet de douche, une dose de shampoing, un savon et un gel hydroalcoolique	4 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Kit de toilette premium Trousse de toilette contenant un shampoing, un gel douche, un lait corporel, une brosse à dent, un dentifrice, des cotons-tiges, des mouchoirs et un savon galet	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Presse Digitale (Ouest France, Elle, So Foot, Grands Reportages, Sciences et Vie)	1 € / jour	<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 ci-dessus.

### 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 ci-dessus
- qu'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 :