

# HOSPITALISATION

## Informations tarifaires

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	DELUXE	PREMIUM	CONFORT
Tarifs	140 € / jour	95 € / jour	75€ / jour
KIT multimédia (Télévision*, WIFI, Téléphone (grille tarifaire des coûts de communication disponible à l'accueil).	✓	✓	✓
Kit soins & confort (à base d'Aloe Vera)	✓	✓	✗
Revue de Presse Sélectionnée par nos soins	✓	✓	✗
Petit-déjeuner Classique : petit déjeuner simple	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert	 Classique	 Classique	 Classique
Coffret gourmand Bio et Local (un seul par séjour)	✓	✗	✗
Kit serviette o (1 drap de bain, 1 serviette toilette, 1 gant toilette)	✓	✗	✗
CHOIX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Inclus




Non - inclus

\*sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

Toutes les chambres sont équipées de la wifi

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	6 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone <small>(hors communications 0,23€/unité)</small>	5.50 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Lit accompagnant/petit déjeuner	25 € / nuit	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant <small>(entrée + plat + dessert)</small>	11 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Kit linge de toilette à disposition <small>(linge et produits de toilette)</small>	10 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Goûter <small>(boisson + biscuit)</small>	4 €	<input type="checkbox"/>
	Boisson non alcoolisée	2 €	<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.

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 :