

Nom et prénom du patient : .....

## HOSPITALISATION - MEDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

Sous réserve de disponibilité le jour de l'hospitalisation

Je souhaite me faire plaisir

Je souhaite être seul(e)

Offre chambre particulière	Avantage	Individuelle
Tarifs	120 €/jour (2)	105 €/jour (2)
<b>Chambre seule</b>	✓	✓
<b>Téléphone</b>	✓	✗
<b>Télévision</b>	✓	✗
<b>Petit déjeuner (1)</b> <small>Classique : pain, jus de fruits, boisson chaude Continental : pain, jus de fruits, boisson chaude, yaourt et croissant.</small>	Continental	Classique
<b>Déjeuner / Diner</b> <small>Classique : entrée + plat + dessert</small>	Classique	Classique
<b>Goûter</b> <small>Boisson fraîche ou thé ou café et biscuits</small>	✓	✗
<b>Salle de bain privative</b>	✓	✓
<b>Lit et pension complète accompagnant</b>	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

(2) Présence d'une chambre particulière sans douche à tarif réduit



Inclus



En option sur demande



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).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestations	Prix	Choix du patient
 <b>Forfait ouverture télévision + casque audio (1ère journée)</b>	10.00 €	<input type="checkbox"/>
 <b>Télévision (à partir du 2ème jour)</b>	5.00 € / jour	<input type="checkbox"/>
 <b>Téléphone</b>	7.00 €/ séjour	<input type="checkbox"/>
 <b>Offre Petit Déjeuner Continental</b> Yaourt, croissant, pain, jus de fruits et boisson chaude	8.00 € / repas	<input type="checkbox"/>
 <b>Offre Goûter</b> Au choix : Thé, café ou jus de fruits + 2 biscuits	5.00 € / repas	<input type="checkbox"/>
 <b>Lit + pension complète accompagnant</b> Petit déjeuner continental, déjeuner et dîner classique	80.00 € / 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 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.
- 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

**Signature :**

autre .....