

NOM : ..... PRÉNOM : .....

## Je choisis ma prestation hôtelière en service

	J'accueille des proches	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
Illustrations non contractuelles				
<b>Offre chambre particulière</b>	<b>Suite PREMIUM</b>	<b>Chambre PRESTIGE</b>	<b>Chambre CONFORT</b>	<b>Chambre SIMPLE</b>
<b>Tarifs</b>	<b>240 € / jour</b>	<b>170 € / jour</b>	<b>140 € / jour</b>	<b>95 € / jour</b>
<b>Télévision</b>	✓	✓	✓	✓
<b>Kit de toilette patient</b> (peignoir, linge et produits de toilette à disposition)	✓	✓	●	●
<b>Petit déjeuner</b> Classique : petit déjeuner simple * Premium : petit déjeuner continental * (Jus de fruit, boisson chaude, viennoiseries, pain, beurre, confiture, miel)	 Premium	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner</b> Classique * Premium * (repas plaisir) : entrée + plat + fromage + dessert	 Premium	 Classique	 Classique	 Classique
<b>Lit accompagnant</b> (Petit déjeuner et dîner inclus)	✓	●	●	●
<b>Paire de chaussons par séjour</b>	✓	✓	✗	✗
<b>Espace salon</b>	✓	✗	✗	✗
<b>Espace détente</b> (Machine à café avec capsules et infusions à disposition)	✓	✓	●	●
<b>Kit Beauté par séjour</b> (Savon et shampoing solides, peigne, cotons-tiges, brosse à dents, dentifrice)	✓	✓	✓	●
<b>Sèche-cheveux à disposition</b>	✓	✓	✗	✗
<b>Frigo mini-bar</b>	✓	✗	✗	✗

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

Toutes les chambres sont équipées de la wifi

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)



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, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Services	Prix	Sélection
 Télévision	6 € les 10 premiers jours 4 € les 10 jours suivants 3 € les jours suivants	<input type="checkbox"/>
 Lit accompagnant (petit déjeuner et dîner inclus)	50 € / jour	<input type="checkbox"/>
 Repas Plaisir Premium : entrée + plat + fromage + dessert	25 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Kit beauté à disposition Savon et shampoing solides, peigne, cotons-tiges, brosse à dents, dentifrice	15 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Kit dentaire Brosse à dents et dentifrice	5 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Petit déjeuner continental Premium : jus de fruit, boisson chaude, viennoiseries, pain, beurre, confiture, miel	8 € / petit déjeuner	<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 :