

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je suis seul(e)
Catégorie prestation	Chambre CONFORT *	Espace PRIVATIF*
Tarifs	90 € / jour	70 € / jour
Chambre individuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation Premium	Sandwich au thon, salade de fruits, Yaourt BIO, cookie aux pépites de chocolat, une bouteille d'eau	Sandwich au thon, salade de fruits, Yaourt BIO, cookie aux pépites de chocolat, une bouteille d'eau
Présence de l'accompagnant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Toutes les chambres et espaces privatifs sont équipés de la wifi

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)



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.

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 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 :