







HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière
Sous réserve de disponibilité le jour de l'hospitalisation

	J'accueille mes proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Confort	Particulière
TARIF	150 € / jour	135 € / jour	120 € / jour
Chambre seule	✓	✓	✓
Petit déjeuner (1) <small>Café, thé, lait ou chocolat (au choix) / Pain, biscotte / Beurre et confiture / Céréales "ALLBRAN" + lait (10cl) / Viennoiserie / Jus de fruits (20cl) / Sucre</small>	 Continental	 Continental	 Continental
Déjeuner / Dîner (1) <small>Classique : entrée + plat + dessert Prestige (gourmet) : entrée + plat + dessert</small>	 Prestige	 Classique	 Classique
Formule Accompagnant <small>Lit / Pension complète* Petit déjeuner continental, déjeuner et dîner classique</small>	✓	✗	✗
Téléphone	✓	✓	✗
Télévision	✓	✓	✗
SOMEO <small>Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation</small>	✓	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Toutes les chambres sont équipées de la wifi et d'un coffre sans surcoût

(1) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

✓ Inclus

✗ En option







☐ 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 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

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Formule Accompagnant Lit / Pension complète Petit déjeuner continental, déjeuner et dîner classique	80.00 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Formule Goûter Thermos d'eau chaude avec dosette de café ou thé, jus de fruits (20cl) (pomme ou orange), madeleine ou buns, confiture et pâte à tartiner	6.00 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Forfait ouverture télévision + casque audio 1ère journée	12.00 €	<input type="checkbox"/>
	Télévision (à partir du 2ème jour)	8.00 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone	7.00 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	SOMEO Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation	10.00 € / 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 reconnais 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

☐ autre

Signature :

HOSPITALISATION - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière
Sous réserve de disponibilité le jour de l'hospitalisation

	J'accueille mes proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Confort	Particulière
TARIF	150 € / jour	135 € / jour	120 € / jour (2)
Chambre seule	✓	✓	✓
Petit déjeuner (1) <small>Café, thé, lait ou chocolat (au choix) / Pain, biscotte / Beurre et confiture / Céréales "ALLBRAN" + lait (10cl) / Viennoiserie / Jus de fruits (20cl) / Sucre</small>	 Continental	 Continental	 Continental
Déjeuner / Dîner (1) <small>Classique : entrée + plat + dessert Prestige (gourmet) : entrée + plat + dessert</small>	 Prestige	 Classique	 Classique
Formule Accompagnant <small>Lit / Pension complète* Petit déjeuner continental, déjeuner et dîner classique</small>	✓	✗	✗
Téléphone	✓	✓	✗
Télévision	✓	✓	✗
SOMEO <small>Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation</small>	✓	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Toutes les chambres sont équipées de la wifi et d'un coffre sans surcoût

(1) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

✓ Inclus

✗ En option

(2) Présence d'une chambre particulière sans douche dans le service à 95€







☐ 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 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

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Formule Accompagnant Lit / Pension complète Petit déjeuner continental, déjeuner et dîner classique	80.00 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Formule Goûter Thermos d'eau chaude avec dosette de café ou thé, jus de fruits (20cl) (pomme ou orange), madeleine ou buns, confiture et pâte à tartiner	6.00 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Forfait ouverture télévision + casque audio 1ère journée	12.00 €	<input type="checkbox"/>
	Télévision (à partir du 2ème jour)	8.00 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone	7.00 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	SOMEO Solution d'immersion sonore dédiée au bien être et à la relaxation	10.00 € / 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 reconnais 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

☐ autre

Signature :