

Je choisis ma prestation hôtelière en service de médecine ou de chirurgie

Catégorie prestation	Chambre particulière	Chambre double
Tarifs	85 €*	0€*
Chambre particulière	●	●
Télévision	●	●
Téléphone (hors consommation)	●	●
Wifi	●	●
Coffre-fort	●	●
Lit accompagnant	●	●
Repas accompagnant	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● *Inclus* ● *Non inclus* ● *En option sur demande*

Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

Si l'établissement ne peut répondre favorablement à votre demande de chambre particulière, vous séjournerez en chambre double et les prestations à la carte disponibles en chambre double seront à votre charge.

Les prestations en chambre particulière sont facturées du jour de votre entrée au jour de votre sortie inclus, et ce quelles que soient les horaires d'arrivée et de sortie.

Options à la carte :

	Tarifs
Télévision	6 €*/jour
Téléphone (hors consommations)	6 €*/jour
Lit accompagnant sans petit déjeuner	17 €*/nuit
Lit accompagnant avec petit déjeuner	25 €*/nuit
Lit accompagnant 24/24h	44 €*/nuit
Wifi	6 €*/jour
Dépôt au coffre	4.60 €*/séjour
Menu accompagnant (entrée + plat + boisson)	15 €*/repas
Menu au choix (Entrée + plat + boisson ou Plat + dessert + boisson)	11 €*/repas

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour du à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessus.

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 ma mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- Du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24 € par jour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogation prévues par la loi.
- Du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à :

Signature :

Le : ... / ... / ...