

**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	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher) :</b>	<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	<input type="checkbox"/>
Téléphone (hors consommations)	6 €/jour	<input type="checkbox"/>
Lit accompagnant sans petit déjeuner	17 €/nuit	<input type="checkbox"/>
Lit accompagnant avec petit déjeuner	25 €/nuit	<input type="checkbox"/>
Lit accompagnant 24/24h	44 €/nuit	<input type="checkbox"/>
Wifi	6 €/jour	<input type="checkbox"/>
Dépôt au coffre	4.60 €/séjour	<input type="checkbox"/>
Menu accompagnant (entrée + plat + boisson)	15 €/repas	<input type="checkbox"/>
Menu au choix (Entrée + plat + boisson ou Plat + dessert + boisson)	11 €/repas	<input type="checkbox"/>

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 reconnais 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 Assurée 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 : ... / ... / ...