

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

Catégorie prestation	Chambre particulière	Chambre double
Tarifs	85 €*	0€*
Chambre particulière	●	●
Télévision ^Δ	●	●
Téléphone (hors consommation)	●	●
Wifi	●	●
Coffre-fort	●	●
Lit accompagnant	●	●
Repas accompagnant	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher) :	☐	☐

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

^Δ Une empreinte bancaire (ou un chèque) de 150 € vous sera demandée à votre entrée pour caution de la télécommande.

*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 €/durée du séjour	☐
Lit accompagnant sans petit déjeuner	17 €/nuit	☐
Lit accompagnant avec petit déjeuner	25 €/nuit	☐
Lit accompagnant 24/24h	44 €/nuit	☐
Wifi	4 €/jour	☐
Dépôt au coffre	4.60 €/pochette	☐
Menu accompagnant (entrée + plat + dessert + boisson)	16 €/repas	☐
Menu au choix (Entrée + plat + boisson ou Plat + dessert + boisson)	12 €/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 reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessus.

Je déclare être informé(e) :

- Du paiement du forfait hospitalier de **23 €/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 32 €** 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 : ... / ... / ...