

MEDECINE ET READAPTATION (SMR)

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	113 €/ jour	103 € / jour	87 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2)	Classique	Classique	Classique
Déjeuner ou dîner (2) Classique : entrée, plat, dessert classiques Déjeuner Premium : entrée, plat, dessert premium + boisson chaude	Premium 1x/semaine	Classique	Classique
Pack Multimédia Télévision / Téléphone (hors communications 0,24€/unité)	✓ communications illimitées	✓	●
Kit linge toilette Renouvellement 1 fois/semaine	✓	●	●
Déjeuner Premium accompagnant	Premium 1x/semaine	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



En option sur demande

Un coffre-fort est mis à votre disposition dans chaque chambre pour y déposer les objets personnels et de valeur. Par conséquent la Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration des objets gardés par le patient en dehors du coffre.

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 (SMR)

	Prestation	Prix	Choix patient	Choix accompagnant
	Pack Multimédia Télévision / Téléphone (hors communications 0.24€/unité)	8.50 € / jour	<input type="checkbox"/>	
	Déjeuner et Dîner Premium (Entrée + plat + dessert + boisson chaude) Exemple de menu : Tartare de saumon, citron et ciboulette Filet de poulet sauce morilles et polenta crémeuse Tartelette au chocolat	20 € / repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kit linge de toilette (caution de 100€) (1 drap de bain, 1 serviette éponge, 2 gants, 1 serviette de table)	11 € / semaine	<input type="checkbox"/>	
	Balnéothérapie • Peignoir (caution de 50 €) • Bonnet de bain	5 € / semaine 2 € l'unité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Forfait blanchisserie (pour l'entretien de votre linge personnel)	10 € / machine	<input type="checkbox"/>	
	Lit accompagnant (uniquement en chambre individuelle) et petit déjeuner classique	25 € / jour		<input type="checkbox"/>
	Repas (Déjeuner et Dîner) (Entrée + plat + dessert)	15 € / repas		<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 des prestations complémentaires choisies précédemment.

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

Signature :

autre.....