

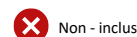
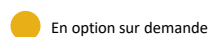
SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

Je choisis ma prestation hôtelière en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Premium	Avantage	Individuelle
Tarifs	110 € / jour	100 € / jour	84 € / jour
Télévision	✓	✓	●
Téléphone (hors communications: 0.24€/unité)	✓ Communications illimitées	✓	●
WIFI	✓	✓	✓
Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner Gourmet	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner/Dîner Classique : entrée + plat + dessert Déjeuner Premium (Gourmet) : entrée + plat + dessert + boisson chaude	 Premium 1x/semaine	 Classique	 Classique
Kit de toilette patient (peignoir, linge et produits de toilette à disposition)	✓	●	●
Eau minérale	✓	●	●
Déjeuner Premium accompagnant	 Premium 1x/semaine	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*sauf jour de l'intervention et contre-indication diététique

Toutes les chambres sont équipées de la wifi



Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

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 en chambre double seront à ma charge.

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.






OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (SMR)

	Services	Prix	Sélection
	Télévision (caution pour la télécommande de 30 €)	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (hors communications 0.24€/unité)	6 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Petit déjeuner Gourmet (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner Gourmet (Entrée + plat + dessert + boisson chaude)	18 € / repas	<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"/>
	Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampooing, brosse à dents, dentifrice, masque de nuit, bouchons d'oreille)	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Kit 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"/>
	Forfait poche de glace	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Forfait protection	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Eau minérale 1.5l	1€ / bouteille	<input type="checkbox"/>

OPTIONS À LA CARTE pour l'accompagnant

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (SMR)

	Services	Prix
	Lit accompagnant (uniquement en chambre individuelle)	25€/jour
	Petit déjeuner :	
	- Classique	8 € / jour
	- Gourmet (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	12 € / jour
	Repas (déjeuner ou dîner) (Entrée + plat + dessert)	15 € / repas
	Déjeuner Gourmet (Entrée + plat + dessert + boisson chaude)	21 € / repas
	Eau minérale 1.5l	2€ / bouteille

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 ci-dessus.

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 ci-dessus.

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 :