

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 | 88 €/jour |
| Chambre seule (1) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Petit déjeuner (2) <i>Classique</i> : Boisson chaude, pain/biscotte, beurre, confiture <i>Premium</i> : Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit | Premium | Premium | Classique |
| Déjeuner ou dîner (2) <i>Classique</i> : entrée, plat, dessert classiques <i>Premium</i> : entrée, plat, dessert premium + boisson chaude (exemple de menu au verso) | Premium 2x/semaine | Classique | Classique |
| Pack Multimédia Télévision / Téléphone (hors communications 0,24€/unité) / Presse en ligne | ✓ communications illimitées | ✓ | ✗ |
| Kit balnéothérapie 1 kit par séjour (bonnet de bain et peignoir) | ✓ | ✗ | ✗ |
| Kit linge toilette (1 drap de bain, 1 serviette éponge, 2 gants, 1 serviette de table) Renouvellement 1 fois/semaine | ✓ | ✗ | ✗ |
| Déjeuner Premium accompagnant Entrée, plat, dessert premium + boisson chaude (exemple de menu au verso) | Premium 2x/semaine | ✗ | ✗ |
| Coffre-fort | ✓ | ✓ | ✗ |
| 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



Non - inclus

Sur demande, pour le séjour en chambre type "Individuelle" les objets personnels et de valeur (hors dispositifs médicaux : lunettes avec correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans un coffre-fort à l'accueil de la Clinique. Un inventaire sera dressé au moment du dépôt et signé par le patient. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration desdits objets gardés par le patient lors du séjour.

En chambre type "premium" et "avantage" un coffre-fort est mis à votre disposition 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 pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double.

Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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) / Presse en ligne | 8.50 € / jour | <input type="checkbox"/> | |
| | Déjeuner et Dîner Premium (Entrée + plat + dessert + boisson chaude) Exemple de menu : Tartare de saumon Sauté de boeuf sauce poivre Moelleux au chocolat | 20 € / repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Kit linge de toilette (1 drap de bain, 1 serviette éponge, 2 gants, 1 serviette de table) | 11 € / semaine | <input type="checkbox"/> | |
| | Kit balnéothérapie • Peignoir • 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 23€/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
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel", sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (<https://www.bloctel.gouv.fr>).

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 :