

Je soussigné(e) ....., né(e) le .....à....., déclare avoir bien pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, qui seront à ma charge directement et/ou à celle de ma mutuelle le cas échéant, et reconnais avoir choisi les prestations cochées ci-dessous, pour mon séjour prévu à partir du ..... / ..... / .....

## CHAMBRE PARTICULIÈRE

<i>Souhaitez-vous disposer d'une chambre particulière ?</i>	SOLO*	CONFORT*	SERENITE	PRESTIGE
Chambre particulière	✓	✓	✓	✓
Climatisation	✓	✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓	✓
TV		✓	✓	✓
Wifi		✓	✓	✓
Presse numérique		✓	✓	✓
Produits d'accueil		✓	✓	✓
Duo de serviettes + tapis de bain (mise à disposition)		✓	✓	✓
Sortie en chambre		✓	✓	✓
Garantie de réservation de la CP			✓	✓
Coin courtoisie (café Nespresso, thé/ bouilloire)			✓	✓
Petit-déjeuner gourmand			✓	✓
Trousse bien-être (produits cosmétiques)			✓	✓
Peignoir (mise à disposition)			✓	✓
Chaussons hôteliers			✓	✓
Chambre spacieuse avec décoration soignée				✓
Grande salle de bain à l'italienne				✓
TV connectée grand écran				✓
Mini réfrigérateur				✓
Tarifs / jour	235 €	249 €	279 €	495 €
Choix du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Sous réserve de disponibilité

Les tarifs sont TTC et sont applicables du premier au dernier jour de séjour, jour de sortie inclus (cf. décret du 18/07/2019)

Sont également disponibles en sus :

- Forfait accompagnant (lit + petit-déjeuner) au prix de 70 €/nuît
- Repas accompagnant au prix de 25 €/repas

## CHAMBRE DOUBLE (SERVICES A LA CARTE)

	TV	CASQUE TV	TV + PRESSE NUMERIQUE	TROUSSE BIEN -ETRE (PRODUITS COSMETIQUES)	CHAUSSENS HOTELIERS	LINGE DE TOILETTE	PETIT DEJEUNER GOURMAND
Tarifs TTC	7 €/jour	3 €/jour	8,50 €/jour	40 €/unité	10 €/unité	10 €/kit	15 €/jour
Choix du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## PARTICIPATIONS OBLIGATOIRES LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

---

	<i>Montant à régler lors de votre sortie conformément à la réglementation et aux tarifs en vigueur</i>
<b>Forfait journalier :</b> <i>Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé.</i>	20 €/jour
<b>Participation forfaitaire :</b> (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) <i>Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre complémentaire santé.</i>	24 €/séjour

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :