

# MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

Dans notre bulle

Je me fais plaisir

Je souhaite être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Suite parentale	Confort	Individuelle
TARIF	310 € / jour	184 € / jour	120€ / jour
<b>Suite parentale et panier de bienvenue (1)</b> 35 m², lit King size, douche à l'italienne	✓	✗	✗
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> Plaisir : Jus de fruits, boisson chaude, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel	 Plaisir	 Plaisir	 Classique
<b>Déjeuner / Dîner (2)</b> Plaisir : Entrée + Plat+ 2 Laitages + Dessert	 Plaisir	 Plaisir	 Classique
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone / Télévision	✓	✓	✗
<b>Pack bien-être (1/séjour)</b> Linge de toilette (drap de bain, serviette) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	✓	✓	✗
<b>Pack Accompagnant</b> Lit / Forfait restauration plaisir (petit-déjeuner, déjeuner, dîner)		✗	✗
<b>Plateau de courtoisie</b> (Bouilloire, cafetière)	✓	✗	✗
 <b>Kit Born in Anney</b> (Mug, doudou, gigoteuse, tote bag)	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<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

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

	Prestation	Prix	Choix Patient
	<b>Pack Multimédia</b> Téléphone / Télévision	9 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit / Petit-déjeuner Plaisir	32 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit Linge en prêt (serviette et drap de bain)</b>	5 € / kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit Toilette Producteurs locaux (gel douche, shampoing, kit dentaire, savonnette, pochette)</b>	13 € / kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Forfait restauration Plaisir</b> Petit-déjeuner, déjeuner, dîner	58 € / par jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit déjeuner</b> Plaisir : Jus de fruits, boisson chaude, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Déjeuner ou Dîner Plaisir</b> Plaisir : Entrée + Plat+ 2 Laitages + Dessert	26 € / par 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 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 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

autre .....

**Signature :**