

MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

Dans notre bulle

Je souhaite être accompagné(e)

Je souhaite être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Suite parentale	Premium	Individuelle
TARIF	310 € / jour	184 € / jour	120€ / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : Boisson chaude, pain, beurre, confiture Qualité Premium : Jus de fruits, boisson chaude, pain, beurre, confiture, viennoiserie, miel, yaourt nature	 Premium	 Premium	 Classique
Déjeuner / Dîner (2) Classique : Entrée + Plat + 2 Laitages + Dessert Qualité Premium : Entrée + Plat + 2 Laitages + Dessert	 Premium	 Premium	 Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	✓	✓	✗
Pack bien-être Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis de bain) (3) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon) (4)	✓	✓	✗
Lit accompagnant	✓	✓	✗
Restauration accompagnant Premium Qualité premium : Petit-déjeuner, Déjeuner, Dîner	✓	✗	✗
Suite parentale (1) 35 m², lit King size, douche à l'italienne Linge de lit qualité premium, 2 peignoirs	✓	✗	✗
Plateau de courtoisie Bouilloire, cafetière	✓	✗	✗
Panier de bienvenue	✓	✗	✗
 Kit Born in Annecy (Mug, doudou, gigoteuse, tote bag)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Renouvellement à la demande

(4) 1 trousse bien-être par séjour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

☐ 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

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Pack Multimédia Téléphone / Télévision	10 € / jour	☐
	Pack Bien-Etre Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis de bain) Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	20 € / séjour	☐
	Pack Accompagnant Lit / Petit-déjeuner Premium	32 € / jour	☐
	Petit déjeuner Premium Jus de fruits, boisson chaude, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel, yaourt nature	15 € / repas	☐
	Déjeuner ou Dîner Premium Entrée, plat, laitage, dessert	26 € / par repas	☐
	Forfait restauration Premium Petit-déjeuner, Déjeuner, Dîner	58 € / par jour	☐

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 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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP...) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou 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 :