

# SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Je choisis ma prestation hôtelière en Soins de suite et de réadaptation (SSR)

	Je souhaite être seul(e)
<b>Offre chambre particulière</b>	Individuelle
<b>Tarifs</b>	120 € / jour
Téléphone (hors communications: 0.15€/unité)	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision (bouquet Canal+ inclus)	<input checked="" type="checkbox"/>
Petit déjeuner	 Continental*
Déjeuner/Diner	 Classique*
Collation*	<input checked="" type="checkbox"/>
Presse quotidienne (Le Parisien)	<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse de toilette Bien-être Shampoing, gel douche, savon, brosse à dents, dentifrice, lotion pour le corps, vanity kit, cotons tiges, cotons, kit de rasage	<input checked="" type="checkbox"/>
Mise à disposition du linge de toilette Prestige** Peignoir, serviette de bain, serviette de toilette, gant.	<input type="checkbox"/>
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>

\*Sauf contre-indication médicale

\*\*Le linge de toilette Prestige est à laisser dans la chambre, dans le cas contraire il vous sera facturé 30€ à votre sortie.

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 (SSR)

Services	Prix	Sélection
 Télévision	5 €/jour	<input type="checkbox"/>
 Casque audio	3 €	<input type="checkbox"/>
 Presse	2,50 €	<input type="checkbox"/>
 Petit-déjeuner Gourmet (patient ou accompagnant) Boisson chaude, boisson fraîche, viennoiserie, pain, confiture, miel, beurre, salade de fruit, produit laitier	10 €/jour	<input type="checkbox"/>
 Repas Gourmet (patient ou accompagnant) Gourmet : entrée + plat + produit laitier + pain +dessert	20 € / repas	<input type="checkbox"/>
 Trousse de toilette Bien-être Gel douche, lotion pour le corps, vanity kit (cotons tiges, cotons), savon doux, brosse à dent, dentifrice et kit de rasage pour homme	10 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Kit de toilette en coton - en location Un peignoir, une serviette de bain, une serviette de toilette, un gant	10 € le kit	<input type="checkbox"/>
 Lit Accompagnant	50 €/jour	<input type="checkbox"/>
 Forfait Accompagnant & pension complète Gourmet Petit-déjeuner + déjeuner + dîner	90 €/jour	<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 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 :