Polyclinique du Parc
Cholet

HOSPITALISATION - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	**105€ / jour**	**85€ / jour**	**75 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) **Classique** : Boisson chaude, pain ou biscotte, beurre, confiture **Gourmand** ; boisson chaude, Jus de fruits, yaourt, pain et brioche, beurre, confiture	Gourmand	Gourmand	Classique
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	✓	✓	✗
Pack Bien-Etre **Linge de toilette** (drap de bain, serviette, tapis et peignoir) **Trousse** (brosse à dents, dentifrice, peigne, savon, gel douche, shampoing et lait corps)	✓	✗	✗
Plateau de courtoisie Gouter : boissons chaudes/biscuits	✓	✗	✗
Presse quotidienne Courrier de l'Ouest ou Ouest France	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(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).

Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2025

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestation	Prix	Choix Patient
Téléphone	5 € / séjour (hors impulsion)	☐
Télévision	5 € / jour	☐
Pack Bien-Etre • Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis et peignoir) • Trousse (shampooing, gel douche, savon, brosse à dents, dentifrice, lait corps et peigne)	15 € / séjour	☐
Repas accompagnant	15 € / repas	☐
Lit accompagnant / petit déjeuner classique	25 € / jour	☐
Pack Accompagnant Diner / Lit / Petit-déjeuner Classique	35 € / 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 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 règlementation 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 .....

Signature :

En qualité de : ☐ patient

☐ autre .....

Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2025