

# MÉDECINE ET RÉADAPTATION (SMR)

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>TARIF</b>	105 € / jour	85 € / jour	75 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> Classique : Boisson chaude, pain ou biscotte, beurre, confiture Prémium : boisson chaude, Jus de fruits, yaourt, pain et brioche, beurre, confiture	Prémium	Prémium	Classique
<b>Déjeuner/Diner</b> Classique	Classique	Classique	Classique
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors communications) / Télévision	✓	✓	✗
<b>Pack Bien-Etre (3)</b> Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis et peignoir) Trousse (brosse à dents, dentifrice, peigne, savon, gel douche, shampoing et lait corps )	✓	✗	✗
<b>Plateau de courtoisie (4)</b> Gouter : boissons chaudes/biscuits	✓	✗	✗
<b>Presse quotidienne (4)</b> Courrier de l'Ouest ou Ouest France	✓	✗	✗
<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

(3) Par séjour

(4) Par jour



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
 <b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors impulsion) / Télévision	12 € / jour	<input type="checkbox"/>
 <b>Pack Bien-Etre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis et peignoir)</li><li>Trousse (shampooing, gel douche, savon, brosse à dents, dentifrice, lait corps et peigne)</li></ul>	15 € / pack	<input type="checkbox"/>
 <b>Petit-Déjeuner Premium</b>	5 € / repas	<input type="checkbox"/>
 <b>Déjeuner ou Diner classique pour l'accompagnant</b>	15 € / repas	<input type="checkbox"/>
 <b>Lit accompagnant / petit-déjeuner classique</b>	25 € / jour	<input type="checkbox"/>
 <b>Pack Accompagnant</b> Diner classique / Lit / Petit-déjeuner Classique	35 € / 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 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 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 :**