

MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

	 Suite Parentale	 Chambre simple	Chambre simple	Chambre simple	Chambre double
Offre chambre	All Inclusive	Plaisir All Inclusive	Confort	Particulière	
Tarifs	310€ / jour	210€ / jour	184€ / jour	120€ / jour	sans supplément
Petit déjeuner Plaisir : Jus de fruit, boisson chaude, viennoiserie, pain, beurre, confiture, miel	 Plaisir	 Plaisir	 Plaisir	 Classique	 Classique
Déjeuner/Dîner Plaisir : entrée+ plat+ fromage + dessert	 Plaisir	 Plaisir	 Plaisir	 Classique	 Classique
Wifi offerte	✓	✓	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓	●	●
Téléphone	✓	✓	✓	●	●
Lit et petit déjeuner Plaisir accompagnant	✓	●	●	●	✗
Forfait restauration PLAISIR	✓	●	●	●	●
 Kit Born In Annecy (Mug, doudou, gigoteuse, tote bag)	✓	✓	●	●	●
Cafetière Nespresso + Bouilloire	✓	✗	✗	✗	✗
Kit Bienvenue (gel douche, shampoing, savonnette, lait hydratant, pochette)	✓	✗	✗	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐	☐	☐

✓ Inclus

● En option sur demande

✗ Non - inclus

Dans la mesure du possible, nous nous efforcerons de répondre à vos attentes. Ce choix n'est qu'un souhait qui sera confirmé ou non le jour de votre arrivée.

Nom : _____

Prénom : _____

Signature : _____

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Services	Prix	Sélection
	Mug / Mug personnalisé	12 € / 20 €	☐
	Doudou	25 €	☐
	Gigoteuse	55 €	☐
	Tote bag	6 €	☐
	Téléphone	2 € / jour	☐
	Télévision	7 € / jour	☐
	Lit / petit déjeuner Plaisir accompagnant	32 € / jour	☐
	Forfait restauration Plaisir Petit-déjeuner, déjeuner, Dîner	58 € / jour	☐
	Repas Plaisir Petit-déjeuner Déjeuner/Dîner	13 €/repas 26 €/repas	☐
	Kit Linge en prêt (drap de bain + serviette)	5 € le kit	☐
	Kit Toilette <i>Producteurs locaux</i> (gel douche, shampoing, kit dentaire, savonnette, pochette)	13 € le kit	☐

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

Nous vous informons que selon le décret du 08/07/2019 n°2019-719, la chambre particulière est facturée pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation.

Signature :

En qualité de : ☐ patient
☐ autre