

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières 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.

Hospitalisation		au 1er juin 2021
<input type="checkbox"/>	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	269,90 € / jour
<input type="checkbox"/>	Réhabilitation respiratoire (RR)	335,20€ / jour
<input type="checkbox"/>	Unité cognitivo-comportementale (UCC)	335,20 € / jour
<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs (SP)	386,30€ / jour

Hôtellerie** au 1er janvier 2021 = les « exigences particulières » que vous sollicitez			
<input type="checkbox"/>	Chambre individuelle	48,00 € / jour	
<input type="checkbox"/>	Télévision 6 chaînes analogiques + TNT	les 15 premiers jours	2,85 € / jour
		à partir du 16 ^{ème} jour	2,55 € / jour
		Location d'un casque	2,30 €
<input type="checkbox"/>	Téléphone	Recevoir des appels (<i>mise à disposition du terminal et de la ligne</i>) Forfait 4,20 € non remboursable	
		Recevoir + appeler Forfait de 9,70 € (= 4,20 € de mise en ligne + 5,50 € de communication)	
		Appels sortants	0,11 € / minute
<input type="checkbox"/>	Internet	1,20 € / jour	7,50 € / semaine 24,00 € / mois
<input type="checkbox"/>	Repas accompagnant * à réserver impérativement 48 h à l'avance	2,85 € / petit déjeuner 7,50 € / repas (sans alcool) 9,20 € / repas (avec vin ou bière)	
<input type="checkbox"/>	Lit accompagnant *	5,00 € / nuit	
<input type="checkbox"/>	Forfait accompagnant *	13,80 € (nuit + petit déjeuner + 1 repas sans alcool)	
		15,00 € (nuit + petit déjeuner + 1 repas avec vin ou bière)	

* Prestations accompagnant **sous réserve** des possibilités offertes par le service.

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : ___ / ___ / ___


Signature (lu et approuvé) :

** Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour la demande de prise en charge et le remboursement éventuel des frais de séjour.


En pratique

Vous devez demander **l'ouverture (et la clôture) des prestations** télévision, téléphone, Internet ou accompagnant **auprès de l'hôtesse d'accueil du rez-de-chaussée**, aux horaires d'ouverture.

- Assurez-vous au préalable du numéro de votre chambre.
- Il vous est demandé de payer à l'avance le règlement de chaque prestation.
- Le crédit peut être réapprovisionné à tout moment selon vos besoins
- Aucun remboursement ne sera effectué pour un reliquat.

 Les **téléphones portables** doivent être maintenus en position arrêt dans l'enceinte de l'établissement en raison des risques de perturbation sur les dispositifs médicaux électroniques.

Soyez vigilants au risque de perte ou détérioration de la **télécommande TV**.

 Pour des raisons de **sécurité**, il est **interdit** d'introduire dans l'établissement votre propre téléviseur ou tout autre appareil électrique.