

AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Confort	Classique
Catégorie prestation	Chambre individuelle *	Chambre double*
Tarifs	67 € / jour	27 € / jour
Chambre individuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
WIFI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Téléphone	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation Premium	Sandwich club mixte dinde emmental, boisson chaude, bouteille cristalline, compote pomme bio sans sucre ajouté "Charles et Alice", un cookie moelleux	
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Prestations non-accessibles en parcours fast-track



Inclus



Non - inclus

Votre Choix

Collation premium pour l'accompagnant

13 €



Un coffre-fort est mis à votre disposition en chambre ou à l'accueil principal. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration.

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 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.

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 :

Signature :

patient

autre