







HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

	J'accueille mes proches	Je suis gourmand(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Prestige	Gourmet	Individuelle
Tarifs	145 € / jour	115 € / jour	95 € / jour
Télévision	✓	✓	✓
WIFI	✓	✓	✓
Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, masque de nuit, bouchons d'oreille)	✓	✓	✓
Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner Gourmet*	 Premium	 Premium	 Classique
Déjeuner / Dîner Classique : entrée + plat + dessert Premium (menus Gourmet) : entrée + plat + dessert + boisson chaude *	 Premium	 Premium	 Classique
Lit accompagnant	●	●	●
Téléphone (hors communications: 0.24€/unité)	✓	✗	✗
Espace détente (coin salon, salle de bain moderne, machine à café en chambre)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

Les chambres sont équipées d'un coffre-fort, 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.
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

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.

Tarifs en vigueur au 1er janvier 2024

Les tarifs s'entendent TTC

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (Si option non comprise)

	Services	Prix	Sélection
	Télévision	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (hors communications 0.24€/unité)	6 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Petit déjeuner gourmet (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner ou dîner Gourmet (Entrée + plat + dessert + boisson chaude)	18 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampoing, brosse à dents, dentifrice, masque de nuit, bouchons d'oreille)	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Wifi	6€ / séjour	<input type="checkbox"/>
	Lit accompagnant (uniquement en chambre individuelle)	25€ / 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 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 :

- patient
 autre

Signature :