







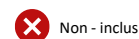
# HOSPITALISATION - CHIRURGIE


## Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille mes proches	Je suis gourmand(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>TARIF</b>	150 € / jour	120 € / jour	97 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b>	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner ou Diner (2)</b>	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors communications: 0.24€/unité) / Télévision	✓	✓	✓
<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, bonnet de douche, peigne, bouchons d'oreille)	✓	✓	✓
<b>Espace détente</b> (coin salon, salle de bain moderne, machine à café en chambre)	✓	✗	✗
<b>Coffre-fort</b>	✓	✗	✗
<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



 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

Un coffre-fort est mis à votre disposition 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 séjournerais 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 mineur)
- 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)

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

	Prestation	Prix	Choix patient
	Pack Multimédia Télévision / Téléphone (hors communications 0.24€/unite)	8,50 € / jour	<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) <i>Exemple de menu:</i> <i>Tartare de saumon, citron et ciboulette</i> <i>Filet de poulet sauce morilles et polenta crémeuse</i> <i>Tartelette au chocolat</i>	20 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Trousse de toilette bien-être (Gel douche, shampoing, brosse à dents, dentifrice, bonnet de douche, peigne et bouchons d'oreille)	8 € le kit	<input type="checkbox"/>
	Lit accompagnant (uniquement en chambre individuelle) et petit déjeuner classique	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 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 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 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 :