

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

## Je choisis ma prestation hôtelière

	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	<b>Chambre Premium</b>	<b>Chambre individuelle</b>
<b>TARIF</b>	69 € / jour	50 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓
<b>Télévision</b>	✓	✗
<b>Coffre-fort individuel</b>	✓	✗
<b>Collation (2)</b> <u>Classique</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 cookie ou 1 compote au choix <u>Prémium</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 sandwich dinde emmental ou thon crudités, 1 compote et 1 cookie	 Prémium	 Classique

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)




Inclus



Non - inclus

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

Sur demande, les objets personnels et de valeur peuvent être déposés dans un coffre à l'accueil de la Clinique. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration d'affaires personnelles.

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en espace collectif.

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 espace collectif (hors mineur)

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

	Prestation	Prix	Choix patient
	Télévision	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Collation premium</b> Sandwich club mixte dinde emmental ou thon crudités fait maison , boisson chaude, bouteille cristalline, compote pomme bio sans sucre ajouté "Charles et Alice", un cookie moelleux fait maison	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Formule Kids</b> Une boisson au choix + un kit de coloriage en plus de la collation prévue Une collation premium adulte + une boisson au choix	18 € / Formule	<input type="checkbox"/>
	<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampooing, brosse à dents, dentifrice, bonnet de douche, peigne et bouchons d'oreille)	8 € / kit	<input type="checkbox"/>
	Pack collation premium + Télévision	19€/ pack	<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 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 :