

Date d'entrée prévue, le Nom du chirurgien :

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'épouse : Sexe : M F

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. (fixe) : Tél. (mobile) :

Adresse mail :

Médecin traitant :

Personne à prévenir : Lien de parenté :

Tél. (fixe) : Tél. (mobile) :

SOUHAITS du patient pour son HOSPITALISATION

Je souhaite que ma **présence** au sein de la clinique ne soit **pas divulguée**

SOUHAITS du patient concernant les PRESTATIONS HOTELIÈRES

Informations importantes

- **Facturation** du 1^{er} jour d'hospitalisation **jusqu'au jour de sortie inclus** (cf. Article en vigueur R162-27 du CSS).
- **Le coût des prestations particulières** demandées par le patient **reste à sa charge** y compris si sa couverture complémentaire ne couvre pas l'intégralité du montant.
- **Si pas de tiers payant (Mutuelle, CMU, ...) une caution de 75 €** vous sera demandée lors de votre entrée.
- Les **prestations sont facturées** directement **à la sortie** de la clinique.

Cocher et signer les cases correspondantes

Signature

<input type="checkbox"/>	Je souhaite une Chambre «Pack Privilège MATERNITÉ» <i>Suite privative, télévision, ouverture de ligne téléphonique*, 1 trousse de toilette, 1 paire de chaussons, mise à disposition d'un peignoir, 1 kit de bienvenue, presse locale, 1 carte parking (accès illimité pendant 3 jours consécutifs pour 1 véhicule), petit déjeuner Instant Plaisir pour 2 personnes, 1 repas Félicitations pour 2 personnes/séjour et plateau de courtoisie (détails et conditions sur le document «Informations tarifaires»).</i>	200 € / jour y compris le jour de la sortie	
<input type="checkbox"/>	Je souhaite une Chambre «Pack Premium» <i>Chambre individuelle garantie, télévision, ouverture de ligne téléphonique*, 1 trousse de toilette, 1 paire de chaussons, 1 kit de bienvenue, presse locale, 1 carte parking (accès illimité pendant 3 jours consécutifs pour 1 véhicule), petit déjeuner Instant Plaisir**, 1 repas Instant Plaisir**/séjour et plateau de courtoisie** (détails et conditions sur le document «Informations tarifaires»).</i>	130 € / jour y compris le jour de la sortie	
<input type="checkbox"/>	Je souhaite une Chambre «Pack Confort» <i>Chambre individuelle (sous réserve de disponibilité), télévision, ouverture de ligne téléphonique*</i>	95 € / jour y compris le jour de la sortie	
<input type="checkbox"/>	Je souhaite une Chambre Double		
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la télévision :	5,50 € / 24h (3,50 € / 24h à partir du 15 ^{ème} jour)	
<input type="checkbox"/>	J'ajoute une ligne téléphonique* :	6 € / séjour	

*Coût des communications : appels locaux, nationaux ou GSM : 0,018€ la 1^{ère} seconde puis 0,08€/min (tarification à la seconde)
** Sous réserve de contre-indication médicale

Caution de 75 € versée (si pas de tiers payant) **Le** / /

A, le

SIGNATURE précédée de la mention « **Lu et approuvé** »
(Préciser nom et pour ordre si le signataire est différent du patient)