

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 (n° obligatoire) :
 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 HÔTELIÈRES

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.
Si vous bénéficiez, au cours de votre séjour, d'une **chambre individuelle pour raison médicale, la télévision et le téléphone resteront optionnels.**
- **Les prestations sont facturées** directement **à la sortie** de la clinique.

Cocher et signer les cases correspondantes

Signature

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je souhaite une suite privative « Pack Privilège MATERNITÉ » Suite privative individuelle avec lit double (sous réserve de disponibilité) | 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 (sauf week-ends et jours fériés), 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. | 200 € / jour y compris le jour de la sortie | |
| <input type="checkbox"/> Je souhaite une chambre « Pack Privilège MATERNITÉ » Chambre individuelle avec lit accompagnant confort (sous réserve de disponibilité) | | 170 € / jour y compris le jour de la sortie | |
| <input type="checkbox"/> Je souhaite une chambre « Pack Premium » Chambre individuelle garantie, télévision, ouverture de ligne téléphonique*, 1 trousse de toilette, 1 paire de chaussons, 1 kit de bienvenue, presse locale (sauf week-ends et jours fériés), 1 carte parking (accès illimité pendant 3 jours consécutifs pour 1 véhicule), petit déjeuner Instant Plaisir**, plateau de courtoisie** | | 130 € / jour y compris le jour de la sortie | |
| <input type="checkbox"/> Je souhaite une chambre « Pack Confort » Chambre individuelle (sous réserve de disponibilité), télévision, ouverture de ligne téléphonique* | | 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 ** (Détails et conditions sur le document « informations tarifaires ») | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 signataire différent du patient)