

Nos prestations hôtelières

Nom du patient :

Prénom :

Date d'entrée : __ / __ / ____

> Souhaitez-vous une chambre particulière ? ¹

Descriptif	Chambre individuelle ou espace privatif ² En cas d'attribution, l'établissement garantit que vous n'aurez pas de reste à charge.	Préciser la durée de validité de la prestation :	
Tarif	99,00 € maximum facturés uniquement auprès de votre mutuelle	<input type="checkbox"/> Pour le séjour uniquement	<input type="checkbox"/> Pour l'ensemble du traitement
Votre choix	<input type="checkbox"/>		

¹ Si vous n'avez pas opté pour une chambre particulière, vous serez placé(e) en chambre double.

² Sous réserve de disponibilité, vous serez installé(e) dans un espace privatif assurant votre intimité, avec un niveau de confort pouvant varier en fonction du parcours.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables au 01.05.2026. Ajout de la TVA (20% à date) si prise en charge en chirurgie esthétique.

Selon l'article 1111-3-4 du code de la santé publique, les établissements de santé ne peuvent facturer au patient que les frais correspondants aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées.

> Encore un peu plus de confort ?

PACK CONFORT	
Descriptif	Kit Bienvenue, Carnet de jeux et Magazine, Pause gourmande pour votre accompagnant.
Tarif	20,00 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>

> Information sur votre séjour

Nous vous demandons de prévoir un mode de règlement le jour de votre sortie.

Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations proposées pour exigence particulière du patient, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessus en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

N'hésitez pas à contacter votre mutuelle pour vous informer sur le remboursement éventuel.

Nombre de cases cochée(s) :

Fait à : Le __ / __ / ____

Signature du patient ou de son représentant légal :