

Nos prestations hôtelières

Nom du patient :

Prénom :

Date d'entrée : __ / __ / ____

> Choix des prestations hôtelières¹

	Solo	Confort	Sérénité	Suite Parentale
Chambre privative, calme et intime ¹ + Coffre-fort	☒	☒	☒	☒
Wifi, Télévision		☒	☒	☒
Plateau courtoisie (thé/café/lait/sucre → 1/séjour) + Bouilloire			☒	☒
Parking gratuit (1 véhicule ³)			☒	☒
Pack faire-part			☒	☒
Coin détente avec micro-onde, Machine à café, Frigo, Chevet meuble réfrigéré				☒
Lit double + petit déjeuner accompagnant				☒
Fauteuil confort plus				☒
Cododo ²				☒
Garantie de réservation de votre chambre			☒	
Petit déjeuner + lit accompagnant			☒	
Votre choix : Tarif par jour	125 € ☐	135 € ☐	150 € ☐	185 € ☐

¹ Sous réserve de disponibilité.² Cododo pour les chambres confort et sérénité en fonction des disponibilités.³ Sous réserve de déclaration du véhicule (avec la plaque d'immatriculation) lors de l'entrée.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables au 15 06 2026 et sont applicables par jour du 1er au dernier jour de séjour, jour de sortie inclus. Ajout de la TVA (20% à date) si prise en charge en chirurgie esthétique. Si vous n'optez pas pour une chambre particulière vous serez placé(e) en chambre double.

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. Selon le décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019, en cas d'hospitalisation, l'installation d'un patient dans une

> Services à la carte

	POUR LE PATIENT (en chambre double ou particulière)			POUR L'ACCOMPAGNANT (en chambre particulière)
	Casque	TV	Wifi	Pack Lit accompagnant + Petit déjeuner
Tarifs TTC	5€/séjour	6€/jour	3€/jour	26€/nuit
Votre choix	☐	☐	☐	☐

> Participations liées à votre hospitalisation

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 :