Nos prestations hôtelières

Nom du patient : .....
Prénom : .....
Date d'entrée : __ / __ / ____

> Souhaitez-vous une chambre particulière ? [1]

Descriptif	Chambre individuelle [2] *comprenant un toilette privatif*
Tarif	70,00 € par jour, maximum facturés uniquement auprès de votre mutuelle
Votre choix	☐

[1] Si vous n'avez pas opté pour une chambre particulière, vous serez placé(e) en espace collectif.
[2] Sous réserve de disponibilité.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables au 01.01.2027.

Un chèque de caution de 300€ vous sera demandé.

> Un acompte de 30 % de la valeur de votre séjour vous sera demandé lors de l'admission et sera déduit de votre facture finale.

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 *(Règlement à l'accueil avant le remise)*	**PACK DIVERTISSEMENT** *(Règlement à l'accueil avant le remise)*
Descriptif	Kit Bienvenue & trousse hôtelière, Carnet de jeux, Garantit de réservation.	TV & Wifi.
Tarif	20,00 € / Séjour	6,00€ / Jour
Votre choix	☐	☐

> 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 :