

Nos prestations hôtelières

Nom du patient :

Prénom :

Date d'entrée : __ / __ / ____

> Choix des prestations hôtelières

	Solo	Confort
Chambre privative ¹ , calme et intime	☑	☑
Coffre-fort	☑	☑
Lit accompagnant	☑	☑
Wifi, TV et Téléphone		☑
Tarif par jour	95 €	100 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Sous réserve de disponibilité.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables au 11 mai 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 chambre particulière peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie.

> Services à la carte (en chambre double ou particulière)

	POUR LE PATIENT				POUR L'ACCOMPAGNANT	
	Télévision (écran plat)	Casque	Wifi	Téléphone (ouverture de ligne)	Petit déjeuner accompagnant en chambre ²	Repas du soir accompagnant ²
Tarifs TTC	6€/jour	2€/séjour	2€/jour	1,50€/jour + 0,25€/unité	6,80€/jour	13€/repas
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² À commander et payer à la boutique en face de l'accueil central.

> Participations liées à votre hospitalisation

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

Le reste à charge correspond à (ces forfaits peuvent être pris en charge par la mutuelle selon le contrat souscrit) :

- **Forfait journalier** **23,00€** Loi du 19 juillet 1983, art. IV
- **Participation forfaitaire** **32,00€** S'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60

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 :