

SEJOUR CONFORT AMBULATOIRE Fauteuil Cocon		
Espace privatif (selon disponibilité)	✓	
Tablette avec Pack Divertissement (TV et Presse) et WiFi.	✓	
Collation Gourmande sucrée ou salée auchoix <i>Collation gourmande sucrée : Viennoiserie, jus d'orange, boisson chaude, compote.</i> <i>Collation gourmande salée : Pain, jambon, fromage, beurre, jus d'orange, boisson chaude.</i>	✓	
Tarif/séjour	65 €	
Votre choix à cocher	☐	

FORFAIT AMBULATOIRE		
Espace partagé	✓	
Collation Gourmande sucrée ou salée auchoix <i>Collation gourmande sucrée : Viennoiserie, jus d'orange, boisson chaude, compote.</i> <i>Collation gourmande salée : Pain, jambon, fromage, beurre, jus d'orange, boisson chaude.</i>	✓	
Tarif/séjour	35 €	
Votre choix à cocher	☐	

SÉJOUR HOSPITALISATION		SÉJOUR PREMIUM – Chambre particulière	
Chambre particulière (selon disponibilité)	✓	Chambre particulière (selon disponibilité)	✓
Repas classique*	✓	Repas classique*	✓
Petit déjeuner classique*	✓	Petit déjeuner gourmand*	✓
Tarif/jour	85 €	Tablette avec Pack Divertissement (TV et Presse) et WiFi	✓
Votre choix à cocher	☐	Tarifs/jour	105 €
		Votre choix à cocher	☐

* Les prestations de restauration sont uniquement dédiées aux patients.

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} jour au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus.
Les chambres doivent être libérées avant 11 h 00.

Participations liées à votre intervention chirurgicale

Forfait journalier (valable pour les hospitalisations) :	20€ / jour
Lit accompagnant	20€ / séjour
Participation forfaitaire obligatoire de la CPAM (pour tous séjours) :	24€ / séjour

Ces montants peuvent éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé suivant le retour de prise en charge. Toutes les prestations liées à votre séjour sont à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur. A défaut de choix de votre part, vous serez placé en espace partagé.

Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière, proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessus en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Fait à Le

Signature du patient :