







# HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille des proches	Je me fais plaisir	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Grand Confort	Confort	Chambre seule
<b>TARIFS</b>	170 € / jour	135 € / jour	105 € / jour
<b>Chambre seule<sup>1</sup></b>	✓	✓	✓
<b>Téléphone (hors communications)</b>	✓	✓	●
<b>Télévision</b>	✓	✓	●
<b>Kit de toilette patient</b> 1 serviette/jour, 1 peignoir/séjour, 1 trousse de toilette/séjour	✓	✓	✗
<b>Petit déjeuner</b> Classique : petit déjeuner simple Gourmand : petit déjeuner avec viennoiseries et jus de fruits <sup>2</sup>	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner</b> Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu gourmand <sup>2</sup>	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Parking</b> 1 ticket/ séjour	✓	✓	✗
<b>Espace salon</b> + 1 frigo et 1 machine à café (assortiment de thé et café renouvelé chaque jour)	✓	✗	✗
<b>Pack accompagnant</b> Voir détails en page 2	●	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> sous réserve de disponibilité

<sup>2</sup> sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



En option sur demande



Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.






Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie (sauf en cas de transfert vers une autre structure).



# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	6,50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (0.10€/communication*)	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Pack accompagnant lit + petit-déjeuner classique + parking	25 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant classique au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant gourmand au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	18 € / repas	<input type="checkbox"/>

\*hors numéros spécifiques et pays hors Europe (Afrique, Océanie, Asie, Russie, Amérique du nord, Amérique du sud, Amérique centrale)

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 23€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....





Le .....

En qualité de :  patient  
 autre .....


**Signature :**

# HOSPITALISATION - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Confort	Chambre seule
<b>TARIFS</b>	135 € / jour	105 € / jour
<b>Chambre seule<sup>1</sup></b>	✓	✓
<b>Téléphone</b> (hors communications)	✓	●
<b>Télévision</b>	✓	●
<b>Kit de toilette patient</b> 1 serviette/jour, 1 peignoir/séjour, 1 trousse de toilette/séjour	✓	✗
<b>Petit déjeuner</b> Classique : petit déjeuner simple Gourmand : petit déjeuner avec viennoiseries et jus de fruits <sup>2</sup>	 Gourmand	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner</b> Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu gourmand <sup>2</sup>	 Gourmand	 Classique
<b>Parking</b> 1 ticket/séjour	✓	✗
<b>Pack accompagnant</b> Voir détails en page 2	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> sous réserve de disponibilité  
<sup>2</sup> sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

Inclus
  En option sur demande
  Non - inclus






Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

# OPTIONS À LA CARTE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	6,50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (0.10€/communication*)	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Pack accompagnant lit + petit-déjeuner classique + parking	25 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant classique au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant gourmand au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	18 € / repas	<input type="checkbox"/>

\*hors numéros spécifiques et pays hors Europe (Afrique, Océanie, Asie, Russie, Amérique du nord, Amérique du sud, Amérique centrale)

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 23€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la Loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....

Le .....









**Signature :**

En qualité de :  patient

autre .....


# MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière


	Comme à la maison	J'accueille des proches	Je me fais plaisir	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Suite Parentale	Grand Confort	Confort	Chambre seule
TARIFS	240 € / jour	170 € / jour	135 € / jour	105 € / jour
<b>Chambre seule<sup>1</sup></b>	✓	✓	✓	✓
<b>Téléphone</b> (hors communications)	✓	✓	✓	●
<b>Télévision</b>	✓	✓	✓	●
<b>Kit de toilette patient</b> 1 serviette/jour, 1 peignoir/séjour, 1 trousse de toilette/séjour	✓	✓	✓	✗
<b>Petit déjeuner</b> Classique : petit déjeuner simple Gourmand : petit déjeuner avec viennoiseries et jus de fruits <sup>2</sup>	 Gourmand	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner</b> Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu gourmand <sup>2</sup>	 Gourmand	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Espace Salon</b> + 1 frigo et 1 machine à café (assortiment de thé et café renouvelé chaque jour) / Suite parentale : chambre spacieuse, avec un lit double permettant l'accueil du co-parent	✓	✓	✗	✗
<b>Parking</b> 1 ticket/ séjour	✓	✓	✓	✗
<b>Pack accompagnant</b> (voir les détails en page 2)	✓	●	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


<sup>1</sup>sous réserve de disponibilité

<sup>2</sup>sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

 Inclus

 En option sur demande

 Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	6,50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (0.10€/communication*)	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Pack accompagnant** (lit + petit-déjeuner classique + parking)	25 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant classique au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant gourmand au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	18 € / repas	<input type="checkbox"/>

\*hors numéros spécifiques et pays hors Europe (Afrique, Océanie, Asie, Russie, Amérique du nord, Amérique du sud, Amérique centrale)  
\*\*inclus dans la Suite Parentale

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

## Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 23€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la Loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....

Le .....

**Signature :**

En qualité de :  patient

autre .....

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Parcours rapide  
Fast Track

Catégorie de prestation

Espace  
Individuel

Tarifs

34€ / jour

**Buffet gourmand (à volonté)**

*Collation patient*



**Pause gourmande accompagnant**

*Collation au choix au niveau de la Boutique Mona Lisa*



**Parking**

*(ticket journée)*



**Espace individuel**



**Wifi**



**Choix de la catégorie de  
prestation (à cocher)**

 Inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en espace collectif.

Le parcours rapide Fast Track est proposé exclusivement pour les interventions relevant des spécialités médicales suivantes :

- l'ophtalmologie ;
- et la chirurgie orthopédique de la main.

# TARIF UNIQUE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Pour simplifier votre choix, nos tarifs en **Ambulatoire** sont conçus sans options supplémentaires.

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....

Le .....

En qualité de :  patient

autre .....

**Signature :**

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Je suis seul(e)

<b>Catégorie de prestation</b>	Chambre Simple
<b>Tarifs</b>	58€ / jour
<b>Chambre individuelle</b>	✓
<b>Presse régionale</b> <i>(livrets de coloriage pour les enfants)</i>	✓
<b>Télévision</b>	✓
<b>Wifi</b>	✓
<b>Collation</b> <i>Pause gourmande sucrée</i>	✓
<b>Parking</b>	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>

✓ Inclus ✗ Non - inclus

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double.

# TARIF UNIQUE

## POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Pour simplifier votre choix, nos tarifs en **Ambulatoire** sont conçus sans options supplémentaires.

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

### Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....

Le .....









En qualité de :  patient

autre .....


**Signature :**




# MÉDECINE ET RÉADAPTATION (SMR)

Je choisis ma prestation hôtelière

	Stages	Comme à la maison	Je me fais plaisir	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Grand Confort Stages	Grand Confort	Confort	Chambre seule
<b>TARIFS</b>	135 € / jour	135 € / jour	95 € / jour	75 € / jour
<b>Chambre seule<sup>1</sup></b>	✓	✓	✓	✓
<b>Téléphone (hors communications)</b>	✓	✓	✓	●
<b>Télévision</b>	✓	✓	✓	●
<b>Kit de toilette patient</b> 1 serviette/jour, 1 peignoir/séjour, 1 trousse de toilette/séjour	✓	✓	✓	✗
<b>Petit déjeuner</b> Classique : petit déjeuner simple Gourmand : petit déjeuner avec viennoiseries et jus de fruits <sup>2</sup>	 Selon indication médicale	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner</b> Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu gourmand <sup>2</sup>	 Selon indication médicale	 Gourmand	 Classique	 Classique
<b>Machine à café</b> assortiment de thé et café renouvelé chaque jour	✓	✓	✗	✗
<b>Parking</b> 1 ticket/séjour	✓	✓	✗	✗
<b>Pack accompagnant</b> (voir les détails en page 2)	●	●	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> sous réserve de disponibilité  
<sup>2</sup> sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

 Inclus     En option sur demande     Non - inclus






Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	6,50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Téléphone (0.10€/communication*)	5 € / séjour	<input type="checkbox"/>
	Pack accompagnant lit + petit-déjeuner classique + parking	25 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant classique au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Repas accompagnant gourmand au choix dans le menu du jour - déjeuner ou dîner	18 € / repas	<input type="checkbox"/>

\*hors numéros spécifiques et pays hors Europe (Afrique, Océanie, Asie, Russie, Amérique du nord, Amérique du sud, Amérique centrale)

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

## Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 23€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la Loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 32€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à .....

Le .....

**Signature :**

En qualité de :  patient

autre .....