Clinique du Pré
Le Mans

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être accompagné(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE D'ESPACE	Privatif Premium	Privatif
TARIF	**80 € / jour**	**65 € / jour**
Espace Individuel (1)	✓	✓
Pass Parking 24H	✓	✓
Télévision	✓	✗ (3)
Collation (2)	La Gourmande	La Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité
(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire
(3) Possible à la carte (voir page 2)

✓ Inclus ✗ Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas d'espace individuel et serai hébergé(e) en espace double. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande d'espace seul, je séjournerai en espace double et les prestations à la carte seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnant ne sont pas autorisés en espace double (hors mineurs)

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES D'ESPACE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	**Multimédia** Télévision, WIFI	10€ / jour	☐
	**Pass Parking 24/H**	6 € / jour	☐

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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP,...) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou dérogations prévues par la loi
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

☐ J'autorise l'établissement à me recontacter sur les prestations complémentaires à ma prise en charge médicale (ex : chambre particulière, parking, etc.). Je comprends que ce choix est facultatif, sans impact sur ma prise en charge médicale, et que je peux retirer mon consentement à tout moment sur simple demande formulée par courriel à l'adresse admissions@clinique-du-pre.fr

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 règlementaition 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 .....