



PRESTATIONS HOTELIERES

DP.ENR.005

Prestations hôtelières :

Je déclare choisir **sous réserve de la disponibilité** du planning des chambres pour les chambres seules, lit accompagnant et kit confort :

Service AMBULATOIRE (tarif par jour)	Service MEDECINE (tarif par jour)	Service CHIRURGIE (tarif par jour)
<input type="checkbox"/> Chambre seule : 45€/ J <input type="checkbox"/> Chambre double :	<input type="checkbox"/> Chambre seule sans douche : 80€/ J <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Forfait accompagnant (uniquement chambre seule) : 35€/ J (Lit accompagnant + 1 repas + 1 petit déjeuner) <input type="checkbox"/> Nuit accompagnant (uniquement chambre seule) : 25€/ J (Lit accompagnant + 1 petit déjeuner)	<input type="checkbox"/> Chambre seule sans douche : 80€ / J <input type="checkbox"/> Chambre seule avec douche : 115€/ J <input type="checkbox"/> Chambre Confort : 145€/ J (Chambre seule avec douche, réfrigérateur personnel, boissons, gâteaux, kit hygiène) <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Forfait accompagnant (uniquement chambre seule) : 35€/ J (Lit accompagnant+ 1 repas + 1 petit déjeuner) <input type="checkbox"/> Nuit accompagnant (uniquement chambre seule) : 25€/ J (Lit accompagnant + 1 petit déjeuner)

Kit Hygiène : OUI NON
10€ pour 5 Jours, comprenant : serviette de toilette, produits d'hygiène, brosse à dents.

Téléphone : OUI NON
Ouverture de la ligne téléphonique 6€ plus les communications personnelles.

Télévision : OUI NON
*6€ / jour + le Casque à 4€ (obligatoire en chambre double)
télécommande à restituer à l'accueil le jour de votre sortie.*

WIFI : OUI NON
5€ / jour

Repas accompagnant : OUI NON
10€ par repas

Forfait administratif : OUI NON
10€ pour réaliser votre demande de prise en charge à votre mutuelle pour Tiers Payant, faire le Suivi des dossiers en lien avec les mutuelles et les prestataires à votre place.

- ▶ **Un chèque de garantie** de 40€ vous sera demandé pour tout supplément (télévision, téléphone...). Ce chèque vous sera restitué le jour de votre sortie en échange de votre règlement.
- ▶ **Je m'engage**, en outre, à payer directement à la Clinique le montant des frais résultant des suppléments divers (téléphone, repas accompagnants) et des frais non couverts, ou couverts partiellement, par ma mutuelle tels que le forfait journalier, le ticket modérateur forfaitaire, la chambre particulière et les dépassements d'honoraires ou éventuellement l'intégralité des frais si je n'étais pas pris en charge par un organisme d'Assurance.

Je m'engage à accepter de changer de chambre si la Direction de la Clinique l'estime nécessaire.

Conditions d'admission :

Je reconnais avoir été informé qu'il est instamment recommandé de déposer à la réception les objets de valeur, contre reçu. La Direction décline toute responsabilité quant aux vols qui pourraient se produire dans l'établissement.

Je déclare avoir reçu le livret d'accueil de la clinique.

Signatures :

Mareuil les Meaux, le

Signature :

Signature obligatoire des 2 parents* ou du tuteur :
Et à partir de 15 ans, signature de l'enfant :

**Sans les 2 signatures, l'intervention de votre enfant pourra être annulée*