



AMBULATOIRE ORL

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposés au sein de la Clinique Honoré Cave, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle et je reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous :

Accès au Wifi haut débit illimité	5 € <input type="checkbox"/>
Gourde aluminium 400 ml	5 € <input type="checkbox"/>
Trousse bien-être (nécessaire de toilette)	5 € <input type="checkbox"/>
Repas accompagnant (quantités) : x 10 €

	CONFORT – Espace privatif	SERENITE – Chambre privilège	KIDS – Chambre privilège
Espace sécurisé pour vos effets personnels : casier ou coffre	×	×	×
Pause gourmande sucrée et salée <i>Adaptée à la chirurgie</i>	×	×	×
Tote bag pour ranger tous vos effets personnels	×	×	×
Télévision TNT	×	×	×
Chambre intime avec salle de bain privative		×	×
Espace courtoisie : bouilloire et café dans la chambre		×	×
Accompagnant : repas			×
TARIF* par jour	35 €	90 €	100 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs en vigueur à partir du 01/01/2024.

Ce tarif inclus les démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ ou en aval de votre séjour dans l'établissement (par exemple en sortie de séjour, pour faciliter votre retour à domicile nous effectuons les appels aux ambulances, aux taxis ou à votre personne de confiance).

La CMU ne prend pas en charge les prestations ci-dessus.

Nombre de case(s) cochée(s) :

PARTICIPATION OBLIGATOIRE LIEE A VOTRE SEJOUR :

Montant à régler suivant la réglementation et les tarifs en vigueur (hormis pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire, de l'Aide Médicale de l'Etat et les patients exonérés)

Participation aux frais d'hospitalisation fixé par arrêté ministériel Qui sera remboursée obligatoirement par votre organisme complémentaire (confère prise en charge : « Participation Assuré »)	24 € / séjour
---	----------------------

A régler le jour de votre séjour :

Hors dépassement d'honoraires (chirurgien + anesthésiste) et suppléments implants

24 +

Fait à , le

Signature du patient (ou de l'assuré lorsque le patient est mineur) :