



## 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"/>
Trousse bien-être (nécessaire de toilette)	11 € <input type="checkbox"/>

	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 avec écouteur à usage unique	×	×	×
Chambre intime avec salle de bain privative		×	×
Espace courtoisie : bouilloire et café dans la chambre		×	×
Accompagnant : repas			×
<b>TARIF par jour*</b>	<b>35 €</b>	<b>90 €</b>	<b>100 €</b>
<b>Votre choix</b>	<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).

### 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)

<b>Participation aux frais d'hospitalisation fixé par arrêté ministériel</b> Qui sera remboursée obligatoirement par votre organisme complémentaire (confère prise en charge : « Participation Assuré »)	<b>32 € / séjour</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	----------------------	-------------------------------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

A régler le jour de votre séjour :

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

Fait à ..... , le .....

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