

Prestations hôtelières et Conditions d'admission

ETIQUETTE

A compléter et remettre lors de votre pré-admission

Patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prestations hôtelières :

Je déclare choisir sous réserve de disponibilité du planning des chambres :

Tarifs par jour :

Chambre double (pas de supplément)

<input type="checkbox"/> Chambre particulière :				
CHIRURGIE	AMBULATOIRE	MATERNITE		MEDECINE
<input type="checkbox"/> Chambre particulière 132 €/jour	<input type="checkbox"/> Chambre Particulière sans douche 40 €/jour	<input type="checkbox"/> Chambre particulière standard 132 €/jour Pour les accouchements à compter du 01/08/2025 : 0€ reste à charge si vous avez une mutuelle		<input type="checkbox"/> Chambre Particulière Sans douche 94 €/jour
<input type="checkbox"/> *Chambre Confort 170 €/jour		<input type="checkbox"/> Chambre particulière Confort 170€/jour		
<input type="checkbox"/> Lit accompagnant 14 €/jour		<input type="checkbox"/> Chambre particulière Family 199€/jour		<input type="checkbox"/> Chambre Particulière Avec Douche 132€/jour
		<input type="checkbox"/> Prestation complémentaire	<input type="radio"/> Lit accompagnant + petit déjeuner + 20 €/jour <input type="radio"/> Kit Maman (1 paquet de serviettes hygiéniques + 10 slips jetables) +5€ <input type="radio"/> Kit Bébé (1 dermo-nettoyant Mustela 500ml, 1 sachet de carrés de coton, 4 paquets de couches) +20€	<input type="checkbox"/> Lit d'appoint accompagnant 14 €/jour

* Chambre Confort : comprend des prestations hôtelières supplémentaires

** Chambre Family : multiples prestations

Le tarif de la chambre sera facturé pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie.

Téléphone : OUI NON

Ouverture de la ligne téléphonique 6 € plus les communications personnelles (0,15 € l'unité)

Télévision : OUI NON

*5.50 € / jour + le Casque à 3 € (**obligatoire en chambre double**) – télécommande à restituer à l'accueil le jour de votre sortie*

Un chèque de garantie de 50 € 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.

DMP (Dossier Médical Partagé) :

Il s'agit d'un carnet de santé informatisé qui est gratuit et confidentiel. Il vous Permet de partager vos données de santé et de les partager avec votre médecin traitant et les professionnels qui vous prennent en charge.

Plus d'information sur : dmp.fr

J'autorise :

L'alimentation du DMP

Je n'autorise pas

L'alimentation du DMP

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. Des coffres sont également mis à disposition des patients dans les chambres sauf en ambulatoire.
- Hors cadre des urgences, je reconnais avoir été informé(e) qu'en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux, non conventionnés, ou, à des praticiens autorisés à dépassement des honoraires conventionnels, je pourrais supporter, de ce fait, indépendamment de l'application éventuelle du ticket modérateur, des suppléments d'honoraires (Article 6 de la Convention).
- Je déclare avoir reçu le livret d'accueil de la clinique.
- Données personnelles me concernant : Je reconnais avoir été informé(e) que des données me concernant sont susceptibles de faire l'objet du traitement informatisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 dans le respect du secret médical. J'accepte de ne pas me prévaloir du droit de m'opposer au recueil et au traitement de ces données nominatives me concernant. Je suis autorisé(e) à accéder et rectifier éventuellement ces informations.

Tournan en Brie, le ____ / ____ / _____

Signature :

Patient Mineur ou sous Tutelle :

Signature **obligatoire des 2 parents ou du tuteur**

Et à partir de 12 ans, signature de l'enfant

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