



NOM : ..... NOM DE NAISSANCE (si différent) : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ..... Autre téléphone : .....

Adresse mail : .....

**N° de téléphone de(s) personne(s) à prévenir (merci d'indiquer les noms, prénoms ainsi que votre lien) :**

M. ou Mme ..... lien : ..... Tél : .....

M. ou Mme ..... lien : ..... Tél : .....

Date d'admission : ..... / ..... / .....

Praticien : .....

**Frais à la charge de l'assuré défini**

**Durant votre hospitalisation vous pouvez bénéficier des prestations hôtelières suivantes\* :**

\* Votre choix de prestations sera pris en compte sous réserve de disponibilité dans le service.

Veuillez noter que la durée de votre séjour est soumise à l'avis médical et peut donc varier en fonction de l'intervention réalisée. Sans choix de votre part vous serez placé en espace collectif.

Si pour des raisons médicales, vous êtes amené à rester en hospitalisation complète, vous serez placé dans la même catégorie de chambre et celle-ci vous sera facturée par journée d'hospitalisation. Vous devrez également régler le forfait journalier de 20€/jour.

PRESTATIONS (cocher la prestation choisie)	BULLE PLUS (95 euros)	BULLE CONFORT (109 euros)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace privé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Télévision *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wifi *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collation **	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pose relaxante sonore : lutte contre la douleur et l'anxiété (nécessite un smartphone, plus d'informations dans le livret dédié)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Présence possible d'un accompagnant		<input checked="" type="checkbox"/>
Pause gourmande**		<input checked="" type="checkbox"/>
Pause gourmande pour l'accompagnant		<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse de toilette bien-être à emporter (Charles AUREL©)		<input checked="" type="checkbox"/>

\* Prestations à demander le jour de votre admission

\*\* Prestations repas et collations pouvant être modifiées selon le protocole médical défini par le médecin et le type d'intervention (dans le respect de vos contraintes alimentaires)

- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du livret d'accueil et des divers suppléments dont le paiement est susceptible d'être réclamé (honoraires praticiens et frais clinique)
- ✓ Si la prise en charge de ma mutuelle n'a pas été reçue avant l'admission, les frais cliniques seront exigés le jour de l'admission
- ✓ Je déclare avoir été informé(e) de la possibilité de déposer tout objet de valeur au coffre.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du patient ou du représentant légal :